

An den
Salzburger Amateurtheaterverband
Bergstraße 12
5020 Salzburg
E-Mail: vorstand@sav-theater.at



**SALZBURGER
AMATEURTHEATER
VERBAND**
Theaterwerkstatt
Jugendtheater

Ansuchen um Unterstützung eines Jugendtheater - Workshops

Wir, _____
Gruppen- oder Ensemblename

ersuchen um Unterstützung für die geplanten Jugendtheater – Workshops.

Titel der Workshops: _____

Alter der teilnehmenden Jugendlichen: _____

Die Workshops finden an folgenden Tagen _____

jeweils von _____ bis _____ in _____ statt.

Die Workshops werden von Herrn /Frau _____ geleitet.

Ziel:

Durchführung von Theaterworkshops mit Jugendlichen von 14 – 22 Jahren. Eine abschließende öffentliche Aufführung ist nicht vorgeschrieben.

Wir verpflichten uns, folgende Richtlinien einzuhalten:

1. Es werden mind. 9 Stunden Theaterworkshops für Jugendliche angeboten.
2. Mindestteilnehmerzahl: 6 Jugendliche von 14 – 22 Jahren
3. Schriftliche Anmeldung bis zwei Monate vor Workshop - Beginn per Post oder E-Mail.
5. Mindestens 2. Jahr Mitglied des SAV (Mitgliedsbeitrag für das laufende Jahr bereits bezahlt).
6. Logo „SAV – Theaterwerkstatt Jugendtheater“ auf Ausschreibungen, Plakaten und in Programmen.

Die Kostenbeteiligung des SAV

- betrifft Honorare für Workshopleiter/innen, Rechnungen für Mietkosten, Materialaufwand, etc.
- in Höhe von max. EUR 420.- obliegt dem Vorstand. Sie beruht auf den budgetären Möglichkeiten des Verbandes und bedingt die Einhaltung der obigen Richtlinien. Eine Auszahlung an Theatergruppen ist nicht möglich.
- bedingt einen Nachweis über die erfolgten Workshops. Dieser muss spätestens 1 Monat danach erfolgen. Geeignete Nachweise sind ein kurzer schriftlicher Bericht, ggf. auch Programme, Presseberichte oder Fotos.
- Weiters sind folgende Informationen über Teilnehmer/innen erforderlich:
Anzahl, Alter, Unterteilung in Jugendliche mit – oder ohne Theatererfahrung

Beeinspruchung

Der Vorstandsentscheid kann mittels Schiedskommission analog § 15 der Vereinsstatuten des SAV beeinsprucht werden. Die Schiedskommission setzt sich aus Personen, die nicht dem SAV angehören, zusammen.

Beeinspruchsfrist: 10 Tage ab der schriftlichen Mitteilung.

Bankverbindung: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Name: _____

Adresse / PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ort, Datum

Unterschrift