

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



**SALZBURGER
AMATEURTHEATER
VERBAND**
Theaterwerkstatt
Jugendtheater

Ansuchen für die „Theaterwerkstatt - Jugendtheater“

Wir, _____
Gruppen- oder Ensemblename

ersuchen um Unterstützung im Rahmen der vom Salzburger Amateurtheaterverband
ausgeschriebenen Aktion „Theaterwerkstatt–Jugendtheater“ 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. An mind. 6 Terminen werden insgesamt mind. 9 Stunden Theaterworkshops für Jugendliche angeboten.
2. Mindestteilnehmerzahl: 8 Jugendliche von 14 – 22 Jahren
3. Schriftliche Anmeldung bis zum 31. Jänner für das laufende Kalenderjahr per Post oder E-Mail.
4. Die Workshops können auch von Mitgliedern der ansuchenden Theatergruppe durchgeführt werden.
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 Auszahlung / Unterstützung

1. von max. EUR 400.- obliegt dem Vorstand. Sie beruht auf den budgetären Möglichkeiten des Verbandes und bedingt die Einhaltung der obigen Richtlinien.
2. bedingt einen Nachweis über die erfolgten Workshops. Dieser muss spätestens 1 Monat danach erfolgen. Geeignete Nachweise sind ein kurzer schriftlicher Bericht und eine Teilnehmerliste mit Altersangabe; ggf. auch Programme, Presseberichte oder Fotos.

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