

An den  
Salzburger Amateurtheaterverband  
Bergstraße 12  
5020 Salzburg  
E-Mail: [vorstand@sav-theater.at](mailto:vorstand@sav-theater.at)



## Ansuchen für die „Theaterwerkstatt - Kindertheater“

Wir, \_\_\_\_\_  
Gruppen- oder Ensemblename

ersuchen um Unterstützung im Rahmen der vom Salzburger Amateurtheaterverband  
ausgeschriebenen Aktion „Theaterwerkstatt – Kindertheater“ für die geplanten  
Kindertheater – Workshops.

Titel der Workshops: \_\_\_\_\_

Alter der teilnehmenden Kinder: \_\_\_\_\_

Die Workshops finden an folgenden Tagen \_\_\_\_\_

jeweils von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ statt.

Die Workshops werden von Herrn /Frau \_\_\_\_\_ geleitet.

### **Ziel:**

Durchführung von Theaterworkshops mit Kindern bis 14 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 Kinder angeboten.
2. Mindestteilnehmerzahl: 8 Kinder bis 14 Jahre.
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 Kindertheater“ auf Ausschreibungen, Plakaten und Programmfoldern.

### **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