

# Konfirmandenfreizeit der Ev.-luth. Kirchengemeinde Voslapp und Sengwarden

Anmeldung für die Konfirmandenfreizeit  
vom **11. bis 13. März 2016**

**Teilnehmer /-in:** \_\_\_\_\_  
(Vor- und Familienname)

\_\_\_\_\_  
(Straße und Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
(Wohnort)

\_\_\_\_\_ (Telefon) \_\_\_\_\_ (Geburtsdatum)

**Name des/der  
Erziehungsberechtigten:** \_\_\_\_\_  
(Vor- und Familienname)

**Email-Adresse:** \_\_\_\_\_

**Kostenbeitrag: 60,00 € (bitte überweisen!)**

Bankverbindung:

**RDS Friesland-Wilhelmshaven, KG Voslapp, Konferfahrt.**

**IBAN DE80 2825 0110 0002 6050 04      BIC BRLADE21WHV**

Anmeldung zurück bis zum **28. Februar** an:

**Pfarrbüro** Flutstr. 233 a,      Telefon: (04421) 502177  
26388 Wilhelmshaven      Telefax: (04421) 504314  
Pfarramtsekretärin: **Martina Hoschatt**  
**Email: [martina.hoschatt@kirche-oldenburg.de](mailto:martina.hoschatt@kirche-oldenburg.de)**  
**Bürozeiten: Dienstag      09.00 – 12.00 Uhr**

**oder:** Bürozeit Kirchenbüro Nord, Preußenstr. 45:  
Mo.–Fr. 09.00 – 12.00 Uhr, Do 15-17 Uhr  
Telefon: (04421) 7780474

Ist der Teilnehmer /-in gegen Wundstarrkrampf geimpft?

ja       nein

**Wenn ja, wann:** \_\_\_\_\_

**Worauf muss während der Freizeit besonders geachtet werden?** (Medikamente, Allergien, Verhalten, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Im Notfall sind die Erziehungsberechtigten zu erreichen:**

\_\_\_\_\_  
(Name, Adresse, Telefon)

**Ihr Sohn/Ihre Tochter ist angewiesen, den Anordnungen der Verantwortlichen Folge zu leisten. Ich versichere, dass er/sie an keiner ansteckenden Krankheit leidet. Für eventuell von verursachten Schäden werde ich aufkommen.**

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift des Erziehungsberechtigten)