

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

Anmeldung für die Konfirmandenfreizeit  
vom **14. bis 16. März 2014**

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

\_\_\_\_\_  
(Straße und Hausnummer)

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

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

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

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

**Kostenbeitrag: 60 €**

Bankverbindung: RDS Friesland-Wilhelmshaven, Konto 2605004  
BLZ 28250110 (Sparkasse WHV), **KG Voslapp**

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)

