

Teilnahmebestätigung Konfirmandenfreizeit 2024



Name des Teilnehmenden: _____

Gesundheitserklärung

Bei meiner Tochter/meinem Sohn bestehen folgende gesundheitlichen Einschränkungen

_____, die berücksichtigt werden müssen.

Essensteilnahme am Sonntag, den 7. Juli 2024

Wir nehmen mit _____ erwachsenen Personen (3€ pro Person) am Mittagessen teil (ohne Konfirmand/in).

Hiermit erlaube ich die Teilnahme meiner Tochter/meines Sohnes an der Konfirmandenfreizeit 2024 des Kirchenbezirks Berlin-Brandenburg zu und bestätige die Richtigkeit der oben genannten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift eines Elternteils