

## 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*