

Verbindliche Anmeldung

zur Jugendfreizeit DRANBLEIBEN

19.09. – 21.09.2025

Mir ist bewusst, dass ich bei Missachtung der Regeln von der Freizeitleitung auf eigene Kosten nach Hause geschickt werden kann, bzw. von meinen Eltern abgeholt werden muss. Es gelten die jugendrechtlichen Bestimmungen!

Ich bin damit einverstanden, dass von dieser Freizeit Fotos, auf denen ich zu sehen bin, für Zwecke der Öffentlichkeitsarbeit genutzt werden dürfen.

Meine Eltern sind im Notfall unter folgender Rufnummer erreichbar:

Ort, Datum, Unterschrift Teilnehmende*r

Ort, Datum, Unterschrift
Erziehungsberechtigte*r

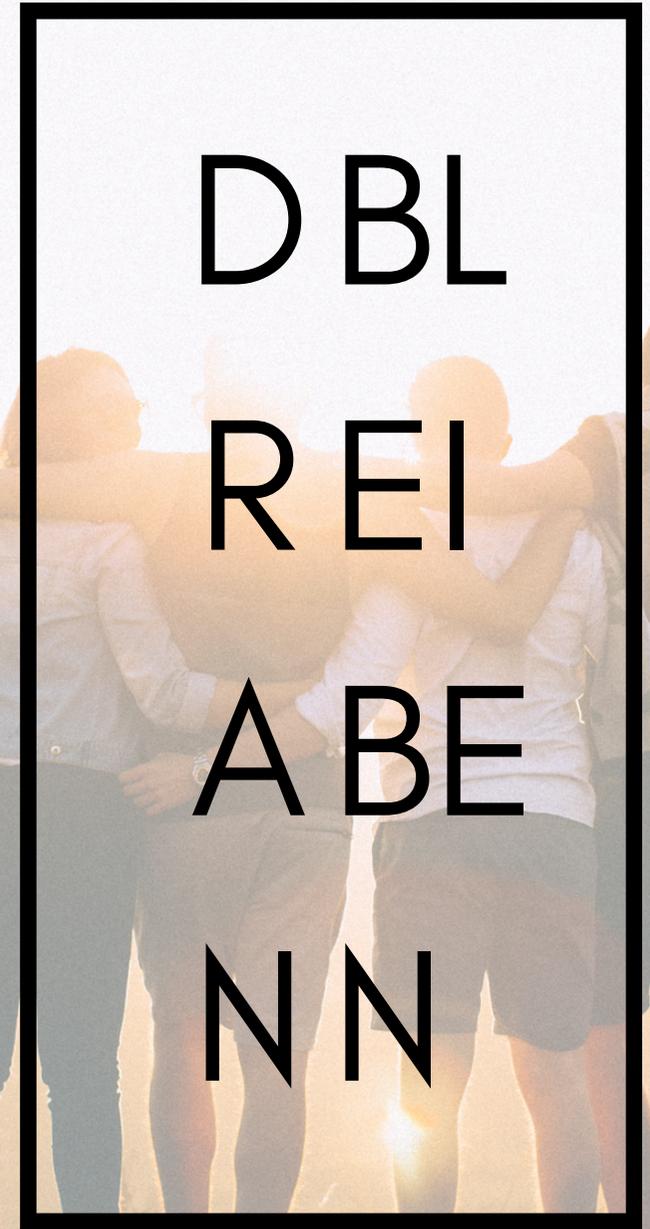
Du möchtest weiterhin auf dem Laufenden bleiben über alle Veranstaltungen für Jugendliche in unserer Gemeinde? Dann folge uns auf Insta!



@EV.JUGEND_BLANKENESE



EV. JUGEND
BLANKENESE



D B L

R E I

A B E

N N

JUGENDFREIZEIT
19.09. – 21.09.25

DRANBLEIBEN IM WENDLAND

Konfirmation - und dann? Wie geht es weiter?

Dranbleiben! Wir laden die Konfirmierten des Jahrgänge 2024 und 2025 ein zu einem Wochenende im Wendland. Dort werden wir gemeinsam kochen und spielen, singen und kreativ sein, über Glauben reden, quatschen und Neues erleben. Du bekommst die Möglichkeit, einzutauchen in die bunte Jugendarbeit unserer Gemeinde. Vielleicht möchtest du erstmal nur reinschnuppern, vielleicht träumst du auch schon davon selbst mal Teamer:in zu werden? Wir freuen uns in jedem Fall auf dich!

Anmeldung.

bis 23.07.2025 an:
Kirchengemeinde Blankenese
Mühlenberger Weg 64a
22587 Hamburg

Diakonin Anika Höber
anika.hoeber@blankeneser-kirche.de

FAKTEN

Wann?

19.09.-21.09.2025

Wer?

Konfirmierte der Jahrgänge 2024/25

Wo?

CVJM Haus Stoetze (Wendland)

Was?

2 Nächte im Freizeitheim
Verpflegung
Programm (z.B. Spiele,
Kreativwerkstatt u.v.m.)
Andachten

Kosten?

70 € (ohne An- und Abreise)

An- & Abreise?

mit der Bahn oder in
Fahrgemeinschaften

Verbindliche Anmeldung

zur Jugendfreizeit DRANBLEIBEN

19.09.-21.09.2025

Name: _____

Vorname: _____

geb. am: _____

Tel.: _____

Email: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Krankenkasse: _____

Ich muss folgende Medikamente
einnehmen:

Krankheiten/Allergien/

Unverträglichkeit:
