

Verbindliche Anmeldung
zur Jugendfreizeit nach Taizé

08.08.-16.08.2026

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

"Ein Leben in
Gemeinschaft kann
ein Zeichen dafür
sein, dass Gott Liebe
und nur Liebe ist."

Frère Roger



EV. JUGEND
BLANKENESE



JUGENDFREIZEIT
08.08.-16.08.26

INTERNATIONALES JUGENDTREFFEN TAIZÉ

Gemeinsam leben, beten, feiern und sich austauschen.

Vom 08. bis 16. August 2026 machen wir uns auf den Weg nach Burgund in Frankreich.

Eine Woche verbringen wir in einfachen Unterkünften bei den Brüdern von Taizé – gemeinsam mit tausenden Jugendlichen aus aller Welt.

Taizé ist ein einzigartiger Ort, um deinen Glauben zu vertiefen und eine besondere Art der Spiritualität zu erleben. Gleichzeitig wirst Du viele neue Leute kennen lernen: Bei den gemeinsamen Gebetszeiten in der Kirche der Versöhnung, bei der täglichen Arbeit (denn in Taizé packen alle mit an), in Bibleinführungen und Gesprächsgruppen und am Oyak, dem abendlichen Treffpunkt in Taizé.

Der Zauber von Taizé lässt sich kaum beschreiben – deswegen melde dich einfach an und erlebe ihn selbst!

FAKTEN

Wann?

08.08.–16.08.2026

Wer?

Jugendliche zwischen 15 – 27 Jahren

Was?

Hin- und Rückfahrt mit Reisebus und/oder Bahn ab Hamburg

Unterkunft und Verpflegung in Taizé

Kosten?

300 €

Anmeldung?

bis 18.05.2026 an:
Kirchengemeinde Blankenese
Mühlenberger Weg 64a
22587 Hamburg

Anika Höber
anika.hoeber@blankeneser-kirche.de

Verbindliche Anmeldung

zur Jugendfreizeit nach Taizé

08.08.–16.08.2026

Name: _____

Vorname: _____

geb. am: _____

Tel.: _____

Email: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Krankenkasse: _____

Ich muss folgende Medikamente
einnehmen:

Krankheiten/Allergien/

Unverträglichkeit:
