Verbindliche Anmeldung
zur Jugendfreizeit nach Taizé

31.07.-08.08.2027

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



INTERNATIONALES JUGENDTREFFEN TAIZÉ

Gemeinsam leben, beten, feiern und sich austauschen.

Vom 31. Juli bis 08. August 2027 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 Bibeleinführungen 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?

31.07.-08.08.2027

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 08. Mai 2027 an:
Kirchengemeinde Blankenese
Mühlenberger Weg 64a
22587 Hamburg

Anika Höber
anika.hoeber@blankeneser-kirche.de

Verbindliche Anmeldung

zur Jugendfreizeit nach Taizé

31.07.-08.08.2027

Name:_____

Vorname:_____

geb. am:_____

Tel.:_____

Email:_____

Straße:_____

PLZ/Ort:_____

Krankenkasse:_____

Ich muss folgende Medikamente einnehmen:

_____

Krankheiten/Allergien/ Unverträglichkeit:

_____