

# Anmeldung zum Konfirmand\*innenunterricht - Konfirmation 2027

## Ev. Kirchengemeinde Maifeld, 56751 Polch

Name: \_\_\_\_\_ Vorname(n): \_\_\_\_\_  
(Rufname bitte unterstreichen)

geboren am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Tauftag: \_\_\_\_\_ Name/Ort d. Kirche: \_\_\_\_\_

Schule: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_ Geburtsname \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

Religion: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Postanschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Mutter: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

Religion: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Postanschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Hinweis:

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, Informationen über die Gemeinde per E-Mail zu erhalten.

Der Name meines/unseres Kindes darf veröffentlicht werden (z.B. Homepage/Maifelder Nachricht).

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass Fotos von meinem / unserem Kind veröffentlicht werden dürfen (z.B. Homepage/Maifelder Nachricht).

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass mein / unser Kind an einer WhatsApp Gruppe der Konfirmand\*innen, sowie des Teams des Konfirmand\*innenunterrichts teilnimmt.

Mein/Unser Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden.

Mein/Unser Kind ernährt sich **vegetarisch/vegan**.

**- Bitte Nichtzutreffendes streichen. -**

### Anmerkungen

Allergien/ Unverträglichkeiten:  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Medikamente:  Nein  Ja , welche? \_\_\_\_\_

Zecken entfernen:  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern oder Erziehungsberechtigten

**Wird von der Gemeinde ausgefüllt!**

Vorstellung am: \_\_\_\_\_

Konfirmation am: \_\_\_\_\_

in der Kirche: \_\_\_\_\_

zu: \_\_\_\_\_

Konfirmationsspruch: \_\_\_\_\_

Register-Nr. \_\_\_\_\_

PfarrerIn/Pfarrer: \_\_\_\_\_