Anmeldung zum Konfirmandenunterricht
Konfirmationsjahrgang 2029

(Anmeldeschluss 21. Juni 2024)

Evangelisch-lutherische
Zwölf-Apostel
Kirchengemeinde Sarstedt-Land

Familienname der/s Konfirmandin/en:

_____

Alle Vornamen *(Rufnamen bitte unterstreichen)***:**_____

geboren am: _____ in: _____

getauft am: _____ in: _____

Taufspruch:_____

_____

wohnhaft (Straße/ Hausnr.) _____

PLZ: _____ Ort: _____ OT: _____

Telefon: _____

Mobil Konfirmand: _____

E-Mail Konfirmand/ in: _____

E-Mail Eltern: _____

Vor- und Familienname des Vaters:_____ geborener: _____

Geburtsort: _____aktuelle Konfession: _____ Fam. Stand: _____

ggf. abweichender Wohnort: _____

Telefon: _____Mobil: _____

der Mutter: _____ geborene: _____

Geburtsort: _____aktuelle Konfession: _____Fam. Stand: _____

ggf. abweichender Wohnort: _____

Telefon: _____Mobil: _____

Mein Kind soll in dieser Kirche konfirmiert werden: (Bitte ankreuzen)

Algermissen	☐	Bledeln	☐	Gödringen	☐	Groß Lobke	☐
Hotteln	☐	Lühnde	☐	Oesselse	☐	Müllingen/ Wirringen/ Wassel	☐

....

Ort, Datum — Unterschrift der Mutter und Unterschrift des Vaters oder der Erziehungsberechtigten

Evangelisch-lutherische
Zwölf-Apostel
Kirchengemeinde Sarstedt-Land

Einverständniserklärung:

Name des Kindes: _____
(Bitte deutlich schreiben)

Wir sind/ Ich bin damit einverstanden, dass Fotos/Videos mit meinem Kind ggf. auf folgenden Medien veröffentlicht werden können:

im Gemeindebrief	O ja	O nein
auf der Homepage der Kirchengemeinde (www.12apostel-sarstedt-land.de)	O ja	O nein
auf dem YouTube-Account der Kirchengemeinde (Zwölf-Apostel in der Tube)	O ja	O nein
auf dem Instagram-Account der Kirchengemeinde (EinsZweiApostel)	O ja	O nein
in kommunalen Gemeindeblättern	O ja	O nein
in der Zeitung	O ja	O nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine Telefonnummer und Emailadresse in der Kontaktliste der Konfirmanden veröffentlicht wird:

O ja **O nein**

Ich bin damit einverstanden über meine E-Mailadresse weitere Informationen aus der Kirchengemeinde zu erhalten.
(Einverständnis kann jederzeit per E-Mail an kg.zwoelf-apostel.sarstedt-land@evlka.de widerrufen werden)

O ja **O nein**

Mein Kind hat folgende Allergien / Ich bitte Folgendes zu beachten (Besonderheiten, Erkrankungen, Medikamenteneinnahme, o.a.)

.....

.....

.....

.....

....
Ort, Datum Unterschrift der Mutter und Unterschrift des Vaters
oder der Erziehungsberechtigten