Anmeldung zum Konfirmanden/-innen-Unterricht

Ev. Kirchengemeinde Koblenz-Pfaffendorf Bezirk: _____

Moselring 2-4, 56068 Koblenz, Tel. 0261-4040355, E-Mail: koblenz-pfaffendorf@ekir.de

---

Name:_____ Vorname:_____
(Rufname bitte unterstreichen)

geboren am:_____in:_____

Tauftag:_____-ort:_____

Taufspruch: _____

Schule:_____Klasse:_____

Samstagunterricht: Ja ☐ nein ☐

Eltern:
Vater:_____ Geburtsname:_____
(Name, Vorname)

Religion:_____

Mutter:_____ Geburtsname:_____ ___
(Name, Vorname)

Religion:_____

Namen und Postanschrift der/des Erziehungsberechtigten:_____

_____

Telefon:_____E-mail:_____

(Wichtig! Falls der Unterricht einmal ausfallen sollte !!!)

_____, den _____

.

Hinweis:
Ich bin damit einverstanden, dass:

- der Name und der Stadtteil meines Kindes anlässlich der Konfirmation im Gemeindebrief/Schaukasten veröffentlicht werden. ☐ ja ☐ nein

-Bitte Zutreffendes ankreuzen -

_____ _____

Datum Unterschrift der Eltern oder Erziehungsberechtigten

Die von uns erhobenen Daten werden nach Vollzug der Amtshandlung in die Kirchenbücher eingetragen. Dieses ausgefüllte Formular wird vernichtet.