

Mit der Anmeldung erkläre ich, dass ich einverstanden bin, dass

- mein Kind während der Veranstaltung in der Kleingruppe mit anderen Teilnehmern unterwegs sein darf.
- mein Kind an Freizeitaktivitäten teilnehmen darf, insofern es das möchte.
- während der Veranstaltung Fotos gemacht werden.

Ich erkläre mein Einverständnis zur Erstellung von Bildaufnahmen meiner Tochter / meines Sohnes zum Zweck der öffentlichen Berichterstattung in Pfarrbrief und Homepage.

ja nein

Datum und Unterschrift eines Erziehungsberechtigten



Anmeldeschluss: 18. September 20

Kosten:

Die Fahrt wird von der PG stark bezuschusst, weil wir wollen, dass möglichst viele dabei sind.

Der Eigenanteil beträgt **50 €**.

Bei Geschwistern zahlt das erste Kind 50 € und weitere Kinder nur noch je 25 €.

Die Anmeldung wird erst mit der Bezahlung gültig.

Bankverbindung:

Kath. Kirchenstiftung St. Ulrich,

IBAN: DE77 7209 0000 0006 4106 77

Verwendungszweck: Bene 2020; *Vorname, Name*

Auf die Tage freuen sich
Pfarrer Leumann und das
Vorbereitungsteam

Minitage in Benediktbeuren

PG Königsbrunn



09. – 11. Oktober 2020
für alle Königsbrunner Minis



Untergebracht sind wir in der Jugendherberge



Die Lage ist traumhaft. An Freizeitmöglichkeiten in und um das Haus fehlt es nicht. Und unser Programm macht hoffentlich viel Freude.



Wir reisen diesmal mit dem Zug ab Mering, St. Afra.
Abfahrt: 09.10.20 um 15:19 Uhr
Treffpunkt: Direkt am Bahnhof. Bitte bildet Fahrge-
meinschaften und seid pünktlich!
Vom Bahnhof in Benediktbeuren bis zur Unterkunft
sind es zu Fuß ca. fünf Minuten.
Rückkehr: 11.10.20 um 15:33 Uhr in Mering

Benediktbeuern ist spezialisiert auf Jugendliche.
Bestimmt gefällt es Euch dort. Zum Entdecken gibt es
viele.

Unbedingt soll ins **Gepäck:**

- Bettwäsche (nicht Schlafsack) mit Leintuch
- Handtuch
- festes Schuhwerk
- Hausschuhe
- wetterfeste Kleidung

Sportler brauchen zusätzlich:
Hallenturnschuhe u. evtl. Tischtennisschläger



**Anmeldung zur Jugendfreizeit in
Benediktbeuren, 09.-11.10.2020**

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Alter: _____

E-Mail: _____

Sonsti-
ges: _____

Allergie gegen _____

Vegetarisches Essen

Mein Kind muss folgende Medikamente einnehmen:

Auf Folgendes ist besonders hinzuweisen (z.B.
gesundheitliche Beeinträchtigungen, Kontrolle bei
Medikamenteneinnahme, ect.):

