

Kath. Stadtpfarramt St. Konrad

St. Konrad Platz 5
93057 Regensburg

Telefon (0941) 69 542 - 0
Telefax (0941) 69 542 – 18
pfarramt@st-konrad-regensburg.de



Mach mit bei der Sternsingeraktion der Pfarrei St. Konrad 2026

Liebe Kinder und Jugendliche unserer Pfarrgemeinde!

In den diesjährigen Weihnachtsferien laden wir Euch (Schülerinnen und Schüler **ab der 1. Klasse**) wieder ein, als Sternsinger/-in den Segen Gottes in die Häuser unserer Siedlung zu bringen und für notleidende Kinder Spenden zu sammeln.

An folgenden Terminen solltest Du Zeit haben:

- Die Kleider- und Textausgabe, sowie die Gruppeneinteilung erfolgt am **Montag, den 15.12.2025 um 17 Uhr im Pfarrsaal St. Konrad (Meraner Str. 2)**
- Am **02./03. Und 05. Januar 2026** seid ihr jeweils ab 9 Uhr als Sternsinger unterwegs. Bereits um **8.45 Uhr!!!** treffen wir uns im Pfarrsaal zum Anziehen der Gewänder. Jeweils gegen **12 Uhr** gibt es zur Stärkung ein gemeinsames **Mittagessen im Pfarrheim**.
- Die festliche Einholung der Sternsinger feiern wir am **Dienstag, den 06. Januar 2026 (Dreikönig)** mit einem Familiengottesdienst um **10.30 Uhr in der Pfarrkirche St. Konrad**. Um **10.15 Uhr** treffen wir uns zum Anziehen der Gewänder im Pfarrheim.
- Jeder Sternsinger erhält pro Tag als Dank **15 €**.
- Süßigkeiten, die Ihr von den Leuten geschenkt bekommt, werden am Abend gleichmäßig verteilt.
- Das gesammelte Geld kommt der Sternsingeraktion zu.

Wir freuen uns über eure Teilnahme!

Es grüßt euch die Pfarrei St. Konrad!

----- (Abgabe bis 12.12.2025 im Briefkasten Pfarrbüro) -----

Ich, _____, _____, _____
Name Klasse Straße

bin bei der Sternsingeraktion 2026 dabei. Ich kann an folgenden Tagen mitgehen (bitte ankreuzen)

☐ Freitag, 02.01.2026 ☐ Samstag, 03.01.2026 ☐ Montag, 05.01.2026

Ich möchte gerne mit meinem Freund/meiner Freundin in eine gemeinsame Gruppe:

Name(n) des Freundes/der Freundin

Als zuständige(r) Erziehungsberechtigte(r): _____
bin ich mit der Teilnahme an der Sternsingeraktion einverstanden.

Telefonisch bin ich erreichbar unter der Nummer: _____

Lebensmittelunverträglichkeiten: _____

Ich würde als Erwachsener eine Gruppe begleiten: ☐ Ja ☐ Nein

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r): _____