

Anmeldung

Schule der Fantasie Gauting
Parkstr. 14 a
82131 Gauting

Name (des Kindes) _____

Schule/Kindergarten _____

Alter _____

Straße _____

PLZ Ort _____

Telefon _____

möchte folgenden Kurs/folgende Kurse besuchen:

Kurs _____ Titel _____

Kurs _____ Titel _____

Kurs _____ Titel _____

Kurs _____ Titel _____

Datum

Unterschrift (Erziehungsberechtigte(r))