

Anmeldung
Schule der Fantasie Gauting
Parkstr. 14 A
82131 Gauting
info@sdf-gauting.de

Vorname und Name des Kindes _____

Schule oder Kindergarten _____

Klasse _____

Name der Eltern _____

Wohnort _____

Straße _____

Telefon Festnetz _____

Handy _____

E-mail _____

Unser Kind möchte folgenden Kurs oder Kurse besuchen:

Kurs _____ Titel _____

Kurs _____ Titel _____

Kurs _____ Titel _____

Kurs _____ Titel _____

Datum _____

Unterschrift (Erziehungsberechtigte/r) _____