

ANMELDUNG

Eltern - Kind - Musik

KIND

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Telefon P _____

Adresse _____

PLZ, Ort _____ Gemeinde _____

BEGLEITPERSON

Name _____ Vorname _____

Telefon P _____ Telefon G _____

Adresse _____

PLZ, Ort _____

RECHNUNGSEMPFÄNGER/IN

Name _____ Vorname _____

Adresse _____

PLZ, Ort _____ Gemeinde _____

GEWÜNSCHTE ZEIT

Bitte unbedingt alle für Sie möglichen Tage ankreuzen !

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag Samstag

Ort und Datum _____ Unterschrift _____

(Rechnungsempfänger/in)