**Magistrat der Stadt Bremerhaven** Bremerhaven,

**- K u l t u r a m t -**

**Postfach 21 03 60**

**27524 Bremerhaven**

Tel.: 0471 590-2120

Tel.: 0471 590-2441

**A N M E L D U N G**

**zum Unterricht der Jugendkunstschule**

SchülerInnenname: Vorname: Geburtsdatum:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Teilnahme seit: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Wochentag/Uhrzeit: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Dozent/Dozentin: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Gesetzliche Vertreter:

Name: Vorname:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

Straße: PLZ: Wohnort:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Telefon Festnetz: Handy: E-Mail:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Haben Sie Anspruch auf Leistungen für Bildung und Teilhabe?

Ja **🗆** Nein **🗆**

Das Unterrichtsentgelt zahlen wir nach Aufforderung auf das Konto der Stadtkasse

**Weser-Elbe Sparkasse IBAN: DE98 2925 0000 00011000 09** per

Überweisung **🗆**  Einzugsermächtigung **🗆(Bitte Rückseite ausfüllen)**

Hiermit bestätige ich die Unterrichtsbedingungen (Richtlinien) erhalten zu haben, sie anzuerkennen und einzuhalten. Ich willige ein, dass Fotoaufnahmen meines Kindes aus Kunstschulveranstaltungen veröffentlicht werden dürfen (jederzeit widerrufbar). 🞏 ja / 🞏 nein

Datum Unterschrift der Erziehungsberechtigten