

Anmelde-Fax bitte zurück an 032221 – 93 38 75



Name + Anschrift der Schule *	
Name des Schulleiters / der Schulleiterin	
Telefonnummer der Schule (mit Vorwahl) *	
Faxnummer der Schule *	
Ihre E-Mail-Adresse an der Schule (bitte angeben, falls vorhanden) *	
Ihr Name (+ Fächerkombination) *	

Wie erreichen wir Sie?

Ihre private Anschrift	
Ihre private Telefonnummer/Fax	
Ihre private E-Mail-Adresse	

*** diese Felder bitte unbedingt ausfüllen**

Hiermit melde ich mich und meine Schüler für folgende SchulKinoVeranstaltung/en

im Kino* _____ **verbindlich** an:

Tag	Uhrzeit	Filmtitel	Klassenstufe	Anzahl SchülerInnen	Anzahl Rollstühle	Anzahl Begleiter

Die Filmvorstellungen finden zum ermäßigten Eintrittspreis von **3,50 Euro** pro Schüler/Schülerin und für Begleitpersonen kostenfrei statt.

Bemerkungen / Sonderwünsche: _____

Bitte senden Sie mir die entsprechenden **Unterrichtsmaterialien per E-Mail** kostenlos zu:

E-Mail-Adresse _____

Bitte informieren Sie mich auch zukünftig über die SchulKinoWoche Thüringen | Sachsen-Anhalt sowie über News und Empfehlungen zur schulischen Filmarbeit von VISION KINO. Mit der Aufnahme meiner Kontaktdaten (postalisch und E-Mail) in einen Verteiler bin ich einverstanden.

Hiermit melde ich mich **verbindlich** für folgende **Lehrerfortbildung** an:

<input type="checkbox"/> am Mi, 05. Oktober 2016 in Erfurt (ThILLM)	<input type="checkbox"/> am Do, 20. Oktober 2016 in Halle (LISA)
--	---