

## Anmeldung Schnupper-Abo – Pilotprojekt

---

### Schüler/in

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Geschlecht

w  m

Fach

---

### Erziehungsberechtigte

Vorname

Nachname

Strasse

Ort

Mobiltelefon

Mail

---

Wir haben die Bedingungen für die Schnupperstunden zur Kenntnis genommen und sind damit einverstanden.

Unterschrift Erziehungsberechtigte

---

Dieses Formular bitte dem Sekretariat [mail@msleimental.ch](mailto:mail@msleimental.ch) einreichen.