

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 einreichen.