

# PERS PEKTIV WECHSEL



## ANMELDEFORMULAR

Bitte gut leserlich in Druckbuchstaben und möglichst vollständig ausfüllen.

Name der Schule .....

- Schulform
- Berufsschule
  - Gesamtschule
  - Gymnasium
  - Realschule
  - andere

Teilnehmende Klassenstufe: .....

Schüler/-innen Alter: .....

Gruppengröße: .....

Zuständige Lehrkraft .....

Telefon .....

E-Mail .....

Bitte Wunschtermine (Datum und Uhrzeit) angeben (mindestens zwei Alternativen):

..... oder ..... oder .....

Bitte senden Sie dieses Formular an [perspektivwechsel@polyspektiv.eu](mailto:perspektivwechsel@polyspektiv.eu)  
oder per Fax an **030.4431 7883**