

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
oder per Fax an **030.4431 7883**