

Musikschule der Stadt Walldürn

Anmeldung

für den Besuch der Städtischen Musikschule Walldürn

(Bitte bis spätestens **15. Juli/ 15. Januar** im Sekretariat der Städtischen Musikschule Walldürn einreichen)

Name und Vorname des Schülers: _____
Geb.-Datum: _____
Name und Vorname des Erziehungsberechtigten: _____
Geb.-Datum: _____
Straße, Hausnummer: _____
PLZ, Wohnort, ggf. Ortsteil: _____
Telefon: _____
E-mail Adresse: _____
Welches Instrument/Fach wird zu erlernen gewünscht? _____

Gewünschte Unterrichtseinheit (bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> EU/25	<input type="checkbox"/> EU/30	<input type="checkbox"/> EU/35	<input type="checkbox"/> EU/40	<input type="checkbox"/> EU/45	<input type="checkbox"/> 2er/30	<input type="checkbox"/> 3er/30	<input type="checkbox"/> 4er/30	
<input type="checkbox"/> 2er/45	<input type="checkbox"/> 3er/45	<input type="checkbox"/> 4er/45	<input type="checkbox"/> Ens/45	<input type="checkbox"/> Ens/60	<input type="checkbox"/> Ikarus	<input type="checkbox"/> KM	<input type="checkbox"/> Mgar/40	<input type="checkbox"/> MFE

EU = Einzelunterricht 25 = Unterrichtsdauer in Minuten 2er, 3er, 4er = Gruppenunterricht Ens = Ensemble
Ikarus = Instrumentenkarussell KM = Klassenmusizieren Mgar = Musikgarten MFE = Musikalische Früherziehung

Welche Lehrkraft wird erwünscht? _____
Gibt es Tage/Zeiten, an denen kein Unterricht möglich ist? _____
Besondere Wünsche (Leihinstrument, Partner): _____

Antrag auf Geschwisterermässigung

Name der Kinder, die bereits die Musikschule besuchen	Instrument/Fach	Lehrkraft

Sie haben ein **vierzehntägiges Widerrufsrecht**.

- Die Widerrufsbelehrung und Datenschutzerklärung habe ich gelesen und erkenne sie an.
- Hiermit erkläre/n ich/wir mein/unser Einverständnis zur Erstellung von Bildaufnahmen meines/unseres Kindes im Rahmen von Veranstaltungen der Musikschule sowie zur Verwendung und Veröffentlichung solcher Bildnisse zum Zwecke der öffentlichen Berichterstattung über die Musikschule.
- Ich bin mit der Erhebung und Verarbeitung aller vorgenannten Daten zur Erfüllung des Vertragszweckes einverstanden und stimme der Weitergabe dieser Daten an die Lehrkraft zu.

Ort, Datum: _____ **Unterschrift des Erziehungsberechtigten:** _____

WIRD VON DER LEHRKRAFT AUSGEFÜLLT

Lehrkraft: _____
Unterrichtsbeginn: _____
Uhrzeit: _____
Raum/Unterrichtsort: _____

Unterrichtsform (bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> EU/25	<input type="checkbox"/> EU/30	<input type="checkbox"/> EU/35	<input type="checkbox"/> EU/40	<input type="checkbox"/> EU/45	<input type="checkbox"/> 2er/30	<input type="checkbox"/> 3er/30	<input type="checkbox"/> 4er/30	
<input type="checkbox"/> 2er/45	<input type="checkbox"/> 3er/45	<input type="checkbox"/> 4er/45	<input type="checkbox"/> Ens/45	<input type="checkbox"/> Ens/60	<input type="checkbox"/> Ikarus	<input type="checkbox"/> KM	<input type="checkbox"/> Mgar/40	<input type="checkbox"/> MFE

Ort, Datum: _____ Unterschrift der Lehrkraft: _____