

**Magistrat der Stadt Bremerhaven**  
**- K u l t u r a m t -**  
**Postfach 21 03 60**  
**27524 Bremerhaven**  
Tel.: 0471 590-2120  
Tel.: 0471 590-2441

Bremerhaven,

## **A N M E L D U N G**

### **zum Unterricht der Jugendkunstschule**

Schüler/-innenname:                      Vorname:                      Geburtsdatum:

--	--	--

Teilnahme seit:

\_\_\_\_\_

Wochentag/Uhrzeit:

\_\_\_\_\_

Dozent/Dozentin:

\_\_\_\_\_

Gesetzliche Vertreter:

Name:    Vorname:


Straße:    PLZ:    Wohnort:

--	--	--

Telefon Festnetz:                      Handy:    E-Mail:

--	--	--

Haben Sie Anspruch auf Leistungen für Bildung und Teilhabe?

Ja                       Nein

Das Unterrichtsentsgelt zahlen wir nach Aufforderung auf das Konto der Stadtkasse  
**Weser-Elbe Sparkasse IBAN: DE98 2925 0000 00011000 09** per

Überweisung                       Einzugsermächtigung  **(Bitte Rückseite ausfüllen)**

Mit der Unterschrift bestätigte ich:

**die Unterrichtsbedingungen (Richtlinien) erhalten zu haben, sie anzuerkennen und einzuhalten,**

**die Datenschutzinformationen zur Verarbeitung der Daten zur Kenntnis genommen zu haben**

**sowie das Fotoaufnahmen meines Kindes aus Jugendkunstschulveranstaltungen auf den angegebenen Seiten im Internet veröffentlicht werden.**

Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten