

# Anmeldung

## kostenlose Schnupperstunden

Joseph-Martin-Kraus-Musikschule der Stadt Buchen - Obergasse 1 - 74722 Buchen  
 Staatlich anerkannte Musikschule nach § 4 Jugendbildungsgesetz  
 Telefon: 06281/556 500 – Fax: 06281/556 501 E-Mail: [info@musikschule-buchen.eu](mailto:info@musikschule-buchen.eu)

Bearbeitungsvermerk der Musikschule  
 (bitte nicht ausfüllen)



Schüler/in:			
Nachname			
Vorname	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum			
Straße / Hausnummer			
PLZ / Ort / Stadtteil			
Telefon	Mobil		
E-Mail			
Schule/Kindergarten			

Ich wünsche zwei kostenlose Schnupperstunden je 30 min. im Fach: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigter / Gesetzlicher Vertreter			
Nachname			
Vorname	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Familie
Straße / Hausnummer			
PLZ / Ort / Stadtteil			
Telefon	Mobil		
E-Mail			

**Verbindliche Anmeldung: Anmeldung bitte vollständig ausfüllen & im Original mit Unterschrift abgeben**

Ich erkläre mich mit der Satzung und Gebührenordnung der Städtischen Musikschule Buchen einverstanden und erkenne diese verbindlich an. Diese Anmeldung beinhaltet lediglich zwei Unterrichtseinheiten á 30min. Es entstehen für diesen Unterricht keinerlei Kosten.

Die Hinweise zum Datenschutz (einzusehen unter [www.musikschule-buchen.de](http://www.musikschule-buchen.de)) habe ich gelesen und erkenne sie an.

Ich gebe meine Zustimmung, dass mein Bild bzw. das Bild meines Kindes ohne weitere Rücksprache mit der Schulleitung bei Foto- oder Filmaufnahmen verwendet werden und auf der Schulhomepage, in Druckwerken der Schule oder der öffentlichen Presse veröffentlicht werden darf.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift

Bearbeitungsvermerk der Lehrkraft (von dieser auszufüllen)			Name:
	Datum	Unterschrift Lehrkraft	Honorar erhalten - Monat
1. Termin:			
2. Termin:			

**Gilt nur für Probier x 4 + 2**

Bearbeitungsvermerk der Lehrkraft (von dieser auszufüllen)			Name:
	Datum	Unterschrift Lehrkraft	Honorar erhalten - Monat
3. Termin:			
4. Termin:			
5. Termin:			
6. Termin:			
7. Termin:			
8. Termin:			

Bearbeitungsvermerk der Musikschule (bitte nicht ausfüllen) - Datum:			
<input type="checkbox"/> Info an FBL	<input type="checkbox"/> Info an Lehrkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Mitglied im  
**VdM**  
 Verband deutscher  
 Musikschulen