



THEATERGRUPPE SCHISCHIPHUSCH E.V.

Anmeldung

Hiermit möchte ich mich zum _____ in der Theatergruppe Schischiphusch e. V.
(Datum)
anmelden.

Name, Vorname: _____ Geb. Dat.: _____

Name des Ehe/Partners: _____ Geb. Dat.: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Anmeldung der Kinder:

Name, Vorname: _____ Geb. Dat.: _____

Name, Vorname: _____ Geb. Dat.: _____

Name, Vorname: _____ Geb. Dat.: _____

Name, Vorname: _____ Geb. Dat.: _____

Name, Vorname: _____ Geb. Dat.: _____

Ort, Datum

Unterschrift (Erziehungsberechtigter)

Der Mitgliedsbeitrag beträgt im Jahr € 6,00 pro Familie und wird jährlich vom Konto abgebucht.*

* Die Kündigungsfrist beträgt 6 Wochen zum Ablauf des Geschäftsjahres (siehe Satzung § 7) und muss schriftlich erfolgen.

