

Name der Schule:

Adresse:

Tel:

Fax:

E-mail:

SCHOOL OF LIFE

An :	Filmmuseum Potsdam Marstall am Lustgarten 14467 Potsdam	Von :	NAME DES LEHRERS:
Fax :	0331 27 18 126	Seiten :	
Telefon:	0331 27 18 130	Datum :	

Ich komme mit meinen SchülerInnen zum „School of Life“-Programm.

Meine Klassenstufe :

Anzahl der SchülerInnen :

Anzahl der begleitenden LehrerInnen:

Wir möchten sehen :

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| Kurzfilme | <input type="checkbox"/> | Village Life | <input type="checkbox"/> |
| Mouth to Mouth | <input type="checkbox"/> | Sub Zero | <input type="checkbox"/> |
| Tough Kids, Tough Love | <input type="checkbox"/> | | |

Am (Datum) um(Uhrzeit)

Stempel der Schule

Unterschrift
.....

Eintritt : 2, 50 € / Eintritt frei für LehrerInnen

Bitte das Geld VOR dem Kinobesuch einsammeln und auf einmal an der Kinokasse zahlen, um unnötige Wartezeiten zu vermeiden.

Auf Grund unserer Erfahrungen empfehlen wir eine frühzeitige Reservierung!

Mit Erhalt des Bestätigungsfaxes des Kinos ist die Anmeldung gültig.

BESTÄTIGUNG DES KINOS:

Datum / Stempel des Kinos und Unterschrift