

Name der Schule:

Adresse:

Tel:

Fax:

E-mail:

# SCHOOL OF LIFE

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

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

Meine Klassenstufe : .....

Anzahl der Schüler : .....

Anzahl der begleitenden Lehrer: .....

Wir möchten sehen:

- |                   |                          |                 |                          |
|-------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| <b>Shorts 1</b>   | <input type="checkbox"/> | <b>Workshop</b> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Shorts 2</b>   | <input type="checkbox"/> | <b>Workshop</b> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Toast</b>      | <input type="checkbox"/> | <b>Workshop</b> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Cherrybomb</b> | <input type="checkbox"/> | <b>Workshop</b> | <input type="checkbox"/> |

Am ..... (Datum) um .....(Uhrzeit)

Stempel der Schule

Unterschrift

.....

**Eintritt : 3 € / mit Workshop 5 €/ Eintritt frei für LehrerInnen**

*Bitte das Geld VOR dem Kinobesuch einsammeln und auf einmal an der Kinokasse zahlen, um 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

---