

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"/> | True North | <input type="checkbox"/> |
| Kidulthood | <input type="checkbox"/> | Seachd | <input type="checkbox"/> |
| Stranger than Kindness | <input type="checkbox"/> | Bloody Sunday | <input type="checkbox"/> |
| The Ballad of Vicki and Jake | <input type="checkbox"/> | Workshop | <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 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