

Name der Schule:

Adresse:

Tel:

Fax:

E-mail:

# SCHOOL OF LIFE

|          |   |          |                                     |
|----------|---|----------|-------------------------------------|
| An :     | Filmmuseum Potsdam<br>Marstall am Lustgarten<br>14467 Potsdam | Von :    | NAME DES LEHRERS:<br>.....<br>..... |
| 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"/> | Saviours | <input type="checkbox"/> |
| Summer Scars   | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |
| 32A            | <input type="checkbox"/> |          | <input type="checkbox"/> |
| Special People | <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