



Kirchgasse 14 | 74177 Bad Friedrichshall | Fon: 07136 / 9544-0 | E-Mail: info@musikschuleuntererneckar.de | www.musikschuleuntererneckar.de

ANMELDUNG ZUR instrumentalen und vocalen Musikschulausbildung

UNTERRICHTSINHALTE:

Hauptfachunterricht _____ (gewünschtes Instrument eintragen)
Orchester- und Ensemblespiel, Musiktheoretische Ausbildung

Die Einteilung in die jeweilige Unterrichtsform erfolgt durch die Musikschulleitung. Für den Hauptfachunterricht wird anfänglich der Gruppenunterricht empfohlen. Sollte dies nicht möglich sein, wird mit Einzelunterricht 30 Min./Woche begonnen.

Musikalische Vorbildung: _____ (falls vorhanden)

SCHÜLER/IN * FREIWILLIGE ANGABEN

| | | |
|----------------------------|--|--|
| Name _____ | Vorname _____ | Geburtstag _____ |
| Strasse _____ | PLZ, Wohnort (einschl. Teilort bzw. Stadtteil) _____ | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Ehemalige/r Schüler/in unserer Schule |
| Mobil (Schüler/in) * _____ | E-Mail (Schüler/in) * _____ | |

GESETZLICHE/R VERTRETER/IN * FREIWILLIGE ANGABEN

| | | |
|---|--|---------------|
| Name _____ | Vorname _____ | Telefon _____ |
| Strasse _____ | PLZ, Wohnort (einschl. Teilort bzw. Stadtteil) _____ | |
| Mobil (Gesetzliche/r Vertreter/in bzw. Erziehungsberechtigte/r) * _____ | E-Mail (Gesetzliche/r Vertreter/in bzw. Erziehungsberechtigte/r) _____ | |

Hiermit melde ich oben aufgeführtes Kind zur Musikschulausbildung an. Ich habe alle nachfolgend aufgeführte AGBs, die auf der Homepage der Musikschule Unterer Neckar einzusehen sind, gelesen und stimme diesen zu. BITTE ANKREUZEN! (Ohne Zustimmung können wir mit dem Unterricht nicht beginnen)

- Schulordnung
- Entgeltordnung
- Datenschutzverordnung
- Infektionsschutzverordnung
- Hygieneverordnung
- Zustimmung zum Online-Unterricht

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

www.musikschuleuntererneckar.de/html/aktuelles/

ZAHLUNGSPFLICHTIGE/R * FREIWILLIGE ANGABEN

| | | |
|---------------|--|--------------------------------------|
| Name _____ | Vorname _____ | Telefon _____ |
| Strasse _____ | PLZ, Wohnort (einschl. Teilort bzw. Stadtteil) _____ | Mobil (Zahlungspflichtige/r) * _____ |
| IBAN _____ | BIC _____ | E-Mail (Zahlungspflichtige/r) _____ |

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzuziehen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____