

ANMELDUNG

Eltern - Kind - Musik

KIND

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____

Adresse _____

PLZ, Ort _____ Gemeinde _____

BEGLEITPERSON

Name _____ Vorname _____

Telefon P _____ Natel _____

Adresse _____

PLZ, Ort _____

E-Mail _____

RECHNUNGSEMPFÄNGER/IN

Name _____ Vorname _____

Adresse _____

PLZ, Ort _____ Gemeinde _____

Die Kursbestätigungen werden frühestens 2 Wochen vor Beginn verschickt.

Ort und Datum _____ Unterschrift _____

(Rechnungsempfänger/in)

musikschule region thun

schloss bellerive · gwattstrasse 120 · 3645 gwatt

tel. 033 334 08 08

www.msrthun.ch · info@msrthun.ch