

Anmeldung

Hiermit melde(n) ich (wir)

Name, Vorname (Eltern)

Straße, Hausnummer, Telefon

PLZ, Wohnort

unsere(n) Tochter / Sohn

Name, Vorname, Geburtsdatum (Kind)

zum Eintrittsd

sofortiger Einstieg möglich

zur Malschule des Kunstvereins Lippstadt e.V., Am Bernhardbrunnen 1 in 59555 Lippstadt verbindlich an. Die allgemeinen

Bedingungen und Konditionen sind mir (uns) bekannt. Das Informationsblatt - *Malschule im Kunstverein Lippstadt* - habe(n) ich (wir) erhalten.

Mein / Unser Terminwunsch für den Unterricht: (bitte ankreuzen ☒)

<input type="checkbox"/>	Montag	15.00 - 16.30 Uhr	Raum 1	6 - 8 Jahre
<input type="checkbox"/>	Montag	15.00 - 16.30 Uhr	Raum 2	6 - 8 Jahre
<input type="checkbox"/>	Montag	16.45 - 18.15 Uhr	Raum 1	9 - 14 Jahre
<input type="checkbox"/>	Dienstag	15:00 – 16:30 Uhr	Raum 1	
<input type="checkbox"/>	Mittwoch	15.00 - 16.30 Uhr	Raum 1	6 - 8 Jahre
<input type="checkbox"/>	Mittwoch	16.45 - 18.15 Uhr	Raum 2	9 - 14 Jahre
<input type="checkbox"/>	Donnerstag	15.00 - 16.30 Uhr	Raum 1	6 - 8 Jahre
<input type="checkbox"/>	Donnerstag	15.00 - 16.30 Uhr	Raum 2	9 - 14 Jahre
<input type="checkbox"/>	Donnerstag	16.45 - 18.15 Uhr	Raum 1	9 - 14 Jahre
<input type="checkbox"/>	Donnerstag	16.45 - 18.15 Uhr	Raum 2	9 - 14 Jahre
<input type="checkbox"/>	Freitag	15.00 – 18:00 Uhr	Raum 1+2	

Mappenkurs*

Geschwisterermäßigung (wenn schon ein Kind die Malschule besucht) : ja nein
Inhaber des **Familienpasses** der Stadt Lippstadt: ja nein

Mit der Abbuchung der Kursgebühren inklusive Materialkostenanteil bin ich / sind wir einverstanden. Mir / Uns ist bekannt, dass die Anmeldungen nach Eingang berücksichtigt werden, ebenso die Verteilung auf die entsprechenden Kurstage und Kurszeiten. Der Einstieg in die Kurse ist jeder Zeit möglich!

Ort, Datum

Unterschrift

* **Anmeldung nur mit besonderem Vordruck, auch im Netz unter <http://www.kunstverein-lippstadt.de/>**

Einzugsermächtigung

Die monatliche Kursgebühr für die Malschule des Kunstvereins Lippstadt. e.V. in Höhe von 25,00 EUR pro Kind bzw. Jugendlichen / 20,00 EUR bei Geschwisterermäßigung / 12,50 EUR bei Familienpass (bitte entsprechend ankreuzen) bitte ich im Lastschriftverfahren mit 1-monatiger Kündigungsfrist (jeweils nur zum 30. des Folgemonats) von meinem / unserem Konto abzubuchen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Bank (Name)

DE

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift