ANTWORTFAX (Fax-Nr. 0431/ 5403-264)

SchulKinoWoche Schleswig-Holstein

vom 27. November bis 1. Dezember 2017

Bitte unbedingt vollständig ausfüllen

WICHTIG: Bitte geben Sie eine E-Mail-Adresse an, da wir Ihnen das Unterrichtsmaterial und die Anmeldebestätigung per Mail zustellen.

Ort und Kino:
Film:
Datum: Uhrzeit:
Kinoseminar (falls für ausgewählte Vorstellung im Flyer angeboten): o ja o nein
Anzahl SchülerInnen: (ggf. Rollstühle mit angeben) Anzahl Lehrkräfte:
Klassenstufe/ Kurs: Fach:
o Frau o Herr **Name:**
E-Mail (wichtig)
Schule: Schulart: Straße: PLZ: Ort: Telefon (Schule): Telefon (privat) für Rückfragen:

Hinweis: **Die Anmeldung ist verbindlich. Wenn Sie den Termin nicht einhalten können, sagen Sie bitte ab**. Der Eintrittspreis beträgt **3,50 €**. Sollten Sie Ihre Anmeldebestätigung sowie das Begleitmaterial (beides per Mail) nicht innerhalb von 1 Woche erhalten, melden Sie sich bitte bei uns. Sollte eine Vorstellung aufgrund zu geringer Anmeldezahlen nicht stattfinden können, werden wir uns rechtzeitig bei Ihnen melden.

Datum, Unterschrift:

O Bitte informieren Sie mich auch zukünftig über die SchulKinoWoche Schleswig-Holstein sowie über Neuigkeiten und Empfehlungen zur schulischen Filmarbeit von VISION KINO. Mit der Aufnahme meiner Kontaktdaten (postalisch und E-Mail) in einen Verteiler bin ich einverstanden.

Das Filmprogramm und weitere Informationen erfahren Sie unter Tel. 0431-5403-159/-161/-162 oder unter www.schulkinowoche.lernnetz.de