



Scaramouche  
Academy  
Friedrichstraße 7  
65185, Wiesbaden  
Tel. 06198-575381  
Mob. 0172-6933881  
Fax. 06198-500719  
mail@jugendschauspielschule.de



Hiermit melde ich mich/meine Tochter/meinen Sohn zu folgendem Kurs  
der Scaramouche Academy verbindlich an:

bitte tragen Sie hier den gewünschten Kurs oder Workshop ein:

## Kurs

Monatsbeitrag 85,00 € (90 Min. pro Woche)

Monatsbeitrag 65,00 € (60 Min. pro Woche)

## Workshop

Teilnahmegebühr wie in der Ausschreibung

Vorname

Name der Bank

Nachname

IBAN

Geburtstag

BIC

Straße

Kontoinhaber

PLZ, Ort

Ich bin/wir sind mit der Einziehung der Beiträge und  
Gebühren vom obigem Konto einverstanden.

Telefon

Mobiltelefon

Emailadresse

Ich akzeptiere die AGB

ja

Ich habe die Widerrufsbelehrung zur Kenntnis genommen

ja

### Bei Anträgen Jugendlicher unter 18 Jahre bitte zusätzlich :

Name und Adresse wie oben ja nein

falls abweichend von den o.a. Daten:

Wenn Sie dieses Formular online ausfüllen und per Email  
versenden können Sie die Unterzeichnung zu einem späteren  
Zeitpunkt nachholen.

Vorname

Nachname

Straße

PLZ, Ort

Geburtstag

Telefon

Emailadresse

Datum

**Unterschriften:**

Antragsteller/in

bei Jugendlichen bitte hier zusätzlich unterzeichnen:

Erziehungsberechtigte/er