



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