

# Anmeldeformular

(Bitte per Post zurück schicken oder Faxen: 069 242 316 45)

**The English Theatre Frankfurt**  
**Kaiserstrasse 34**  
**60329 Frankfurt am Main**

Schulname:.....

Lehrer/In:.....

Schuladresse:.....

Postleitzahl:.....

Ort:.....

Telefon:.....

Fax:.....

E-Mail:.....

Bitte geben Sie die Anzahl der Teilnehmer an:

Lehrer/innen: .....SchülerInnen;.....

Vorstellung: **The Switch**

- |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mo 5. März | <input type="checkbox"/> Di 6. März | <input type="checkbox"/> Mi 7. März | <input type="checkbox"/> Do 8. März | <input type="checkbox"/> Fr 9. März |
| <input type="checkbox"/> 9.00 Uhr   | <input type="checkbox"/> 9.00 Uhr   | <input type="checkbox"/> 9.00 Uhr   | <input type="checkbox"/> 9.00 Uhr   |                                     |
| <input type="checkbox"/> 11.00 Uhr  | <input type="checkbox"/> 11.00 Uhr  | <input type="checkbox"/> 11.00 Uhr  | <input type="checkbox"/> 11.00 Uhr  | <input type="checkbox"/> 11.00 Uhr  |
| <input type="checkbox"/> 12.30 Uhr  | <input type="checkbox"/> 12.30 Uhr  | <input type="checkbox"/> 12.30 Uhr  | <input type="checkbox"/> 12.30 Uhr  | <input type="checkbox"/> 12.30 Uhr  |

Datum:.....

Unterschrift Schulleitung:.....