# **M u s i k s c h u l v e r e i n W i l s d r u f f e.V.**

## Nossener Straße 20, 01723 Wilsdruff, Tel. 035204/463201, Fax 035204/463600

**Schuljahr 20……/…….**

## **Antrag auf**

## **Wunschzeit 45 Minuten Einzelunterricht**

## entsprechend Musikschulordnung der Musikschule Wilsdruff

## § 5 Absatz 3 Gebühren entsprechend Gebührenverzeichnis

## Fach: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fachlehrer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Schüler

## Name Vorname Geb.-Datum

Erziehungsberechtigter

Name Vorname

Straße, Haus-Nr. Ort Ortsteil Telefon-Nr.

mail-Adresse:

Die Erhebung der o.g. personenbezogenen Daten erfolgt zum Zweck der vertraglichen Abwicklung auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. f DS-GVO. Meine im Rahmen dieses Zweckes erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) verarbeitet.

□ Ich bin mit der Verarbeitung und Weitergabe dieser Daten an die Lehrkraft

einverstanden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(bei Minderjährigen deren Erziehungsberechtigte)