

# Musikschulverein Wilsdruff 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)