Anmeldeformular Schüler*innen

pestalozzi bibliothek zürich pbz



Personalien Kind

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: ○ weiblich ○ männlich ○ divers

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Schule: _____

Lehrperson: _____

Klasse: _____

Personalien und Unterschrift der erziehungsberechtigten Person

○ Mutter ○ Vater
○ andere erziehungsberechtigte Person

Name: _____

Vorname: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

(Für die Zusendung der Reservationen, Erinnerungen und Mahnungen)

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Allgemeinen Geschäftsbedingungen und die Statuten der PBZ Pestalozzi-Bibliothek Zürich gelesen zu haben.











