**Teilnahmeformular**

**Schule: ……………………………………………………………………………………… Telefon: ……………………………..**

**Teilnahme gewünscht für das Niveau** (Zutreffendes ankreuzen):

**A1 Klassenstufe/Lernjahr/Anzahl der Gruppen:\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**A2 Klassenstufe/Lernjahr/Anzahl der Gruppen:\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Lehrkraft:**

Name: ……………………………………………………………………….

E-Mail: ………………………………………………………………………

Datum: ……………………………………. Unterschrift der Lehrkraft: ……………………………………………………….

Bitte bis zum 15. Dezember an Kathrin.Sommerfeldt@iqsh.de