

Anschrift privat:

---

---

---

Schulanschrift:

---

---

---

Tel.: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

**Biologiezentrum Bustedt  
Ostwestfalen-Lippe e.V.  
Gutsweg 35**

**32120 Hiddenhausen**



Biologiezentrum Bustedt  
Gutsweg 35  
32120 Hiddenhausen

Tel. 0 52 23/8 70 31  
Fax 0 52 23/8 75 59

biobustedt@aol.com  
www.gutbustedt.de

## Anmeldung für einen Schülerkurs

Bitte vollständig ausfüllen!

für eine Klasse

für mehrere Klassen

halbtägig (vormittags)

ganztägig

mit Verpflegung

ohne Verpflegung

Terminwunsch\* \_\_\_\_\_

Jahrgangsstufe(n): \_\_\_\_\_

Jahr: \_\_\_\_\_

Anzahl der Klassen:  1  2  3  4

Schulform: \_\_\_\_\_

Klassenstärke(n): \_\_\_\_\_

Kursthema: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Lehrer/In

\_\_\_\_\_  
Schulleitung

Bemerkungen / Wünsche:

---

---

\* Geben Sie hier bitte möglichst kein genaues Datum an, sondern einen Zeitraum oder eine Jahreszeit.