

Anfrage sexualpädagogisches Projekt

Rückantwort per mail wuppertal@donumvitae.org oder FAX 0202.3099614

Schule:	_____
Anschrift:	_____
Ansprechpartner*in:	_____
Telefon / e-mail:	_____
Anzahl 4.Klassen:	_____
Unterrichtsbeginn:	_____
Wunschzeitraum :	_____
mögliche Wochentage:	Mo <input type="checkbox"/> Die <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/>
Termine/Wochentage, die nicht möglich sind:	_____
	Mo <input type="checkbox"/> Die <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/>
Bemerkungen:	_____

Einwilligungserklärung Datenschutz

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie ein, dass Ihre Daten bei donum vitae e.V. zum Zwecke der Terminvereinbarung und Durchführung des sexualpädagogischen Projektes gespeichert werden und an die zuständigen Mitarbeiter weiter gegeben werden. Die Daten werden nach Ablauf des Schuljahres gelöscht.

Ich willige ein, dass meine Kontaktdaten (Name, Telefonnummer, Mailadresse) gespeichert und verarbeitet werden.

Ihre Einwilligungserklärung können Sie jederzeit schriftlich widerrufen.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Bitte NICHT ausfüllen!

Termine: _____

Referenten: _____

Bemerkungen : _____