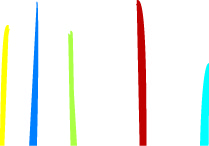
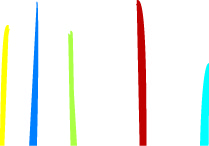
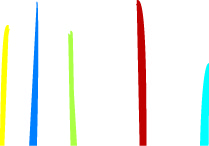
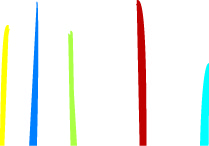
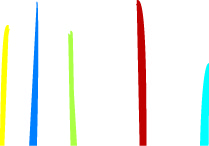
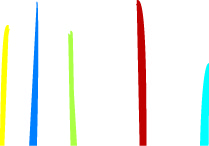
**ELTERN-MITARBEIT**



Ich habe Interesse, die Eltern-Mitarbeitsgruppe der THS gelegentlich zu unterstützen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten an die anderen Mitglieder der Eltern-Mitarbeitsgruppe weitergegeben werden.

Name: ………………….…...………………….. Vorname: …………..………..…………

Telefonnummer Festnetz ……………………………..…………………...…..

Telefonnummer Mobil ………………………………..…………………...…..

Email-Adresse: ……………………………………………………………………………

……..…………………………………………

Datum, Unterschrift

