

Anmeldung zum Religionsunterricht der Synagogengemeinde Saar

Vorname, Name

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

eMail

Meine Tochter / mein Sohn

Name des Kindes, Geburtsdatum

besucht zurzeit folgende Schule

Schule und Klasse

Anschrift der Schule

**und möchte am Religionsunterricht der Synagogengemeinde Saar mit Beginn des
Schuljahres 20 ____ / 20 ____ teilnehmen.**

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten