

Name der Schule: _____

Welches Konzept möchten Sie buchen?

- ☐ SuPrA mini ☐ SuPrA senior ☐ SuPrA Medien ☐ SuPrA Praxis ☐ SuPrA integrativ
☐ SuPrA junior ☐ SuPrA senior+ ☐ SuPrA Betriebe

Anzahl der Klassen: _____ Jahrgangsstufe: _____

Klasse	Geschlechterverteilung (Mädchen/Jungen/divers)	Klassenleitung	Termine, die bei der Klasse nicht gehen

Verbindlicher Ansprechpartner*in (für Termine, Verschiebungen, Austausch)

Telefonnummer (beruflich und/oder privat)

E-Mailadresse (beruflich und/oder privat)

Gewünschter Beginn (Monat)

Anmeldeschluss: 2. Freitag im Oktober

Rückfragen unter sarah.hatton@drogenhilfeschwaben.de oder 0821 343 90 10

Anmeldung per Mail an: sarah.hatton@drogenhilfeschwaben.de