

Anmeldebogen für das Suchtpräventionsprojekt SuPrA

der Drogenhilfe Schwaben gemeinnützige GmbH

SuPrA mini SuPrA junior SuPrA Medien SuPrA Alkohol SuPrA senior

Name der Schule: _____

Anzahl der Klassen: _____

Jahrgangsstufe: _____

Klassen	Geschlechter- verteilung (Mädchen/Jungen)	Klassenleitung	Termine, die bei der Klasse nicht gehen

Verbindlicher Ansprechpartner: _____

(für Termine, Verschiebungen, Austausch)

Telefonnummer: _____

(**beruflich** und/oder privat)

E-Mailadresse: _____

(**beruflich** und/oder privat)

Gewünschter Beginn: _____

(Monat, Kalenderwoche)

Wunschtermin Elternabend: _____

(gerne gekoppelt an einen Elternsprechtage)

Anmeldeschluss: **11 Oktober 2019**

Telefonische Rückfragen: **0821 343 90 10**

Fax-Rückantwort: **0821 343 90 31**

Kontaktdaten: **jugendbereich@drogenhilfeschwaben.de**