



Projekt: Bienen mit allen Sinnen erleben

Teilnahmebestätigung

Teilnehmende Schule:

Name: _____

Anschrift: _____

PLZ/ Ort: _____

Vortragende(r) Imker:in:

Name: _____

Anschrift: _____

PLZ/ Ort: _____

Tel.Nr. : _____

IBAN: _____

Hiermit bestätigen wir die Teilnahme am Projekt „Bienen mit allen Sinnen erleben“.

- Der Imker/die Imkerin hat die Schule/den Kindergarten besucht.
- Die Klasse/der Kindergarten hat den Imker/die Imkerin besucht.

Datum: _____ Zeit: von _____ bis _____

= Bildungseinheiten á 45 bzw. 50 Minuten

Unterschrift Schule:

Stempel:

Unterschrift Imker:in:
