

An die  
**Musikschule der Stadt Bünde**  
Amtshausplatz 1  
32257 Bünde



Postfach 27 49  
32227 Bünde  
Telefon: 05223/ 49 71 80  
Telefax: 05223/ 49 71 99  
E-mail: [Musikschule@buende.de](mailto:Musikschule@buende.de)

## ***Antrag auf Änderung der Unterrichtsart***

**Name des Schülers/der Schülerin:** .....

**Fach:**..... **Lehrkraft:** .....

**bei Minderjährigen Name, Vorname eines gesetzlichen Vertreters:**

.....

### **Jetziger Unterricht**

Gruppe 2 Teilnehmer	<input type="checkbox"/>	Dauer	<input type="checkbox"/>	30 Minuten
Gruppe ab 3 Teilnehmer	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	45 Minuten
Einzel	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	60 Minuten

### **Gewünschter Unterricht**

Gruppe 2 Teilnehmer	<input type="checkbox"/>	Dauer	<input type="checkbox"/>	30 Minuten
Gruppe ab 3 Teilnehmer	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	45 Minuten
Einzel	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	60 Minuten

**Gewünschter Zeitpunkt der Änderung:** .....

- Der Antrag gilt nur, wenn der gewünschte Unterricht bei der jetzigen Lehrkraft belegt werden kann.

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Unterschrift(en)**  
des Schülers/ der Schülerin bzw. eines gesetzlichen Vertreters