
Name: _____

WS/SoSe: _____

Bachelor-Studiengang:

Fachbereich 10 – Theater-, Film- und Medienwissenschaft

Tutorien	Datum	Unterschrift Leiter
Theater		
Film		
Medien		

Workshops	Datum	Unterschrift Leiter
Probekühne		
Ton		
Licht		
Astro- / TV-Lounge		

