

**Name und Anschrift der Tageseinrichtung für Kinder**

Kreis Bergstraße  
Der Kreisausschuss  
Jugendamt  
-Migration und Integration-  
Gräffstraße 5  
64646 Heppenheim

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Vereinbarung zur Integration von Kindern mit Behinderung vom vollendeten  
1. Lebensjahr bis Schuleintritt in Tageseinrichtungen für Kinder

**Nachweis über  
durchgeführte Fortbildungen zum Thema Integration  
im Kindergartenjahr \_\_\_\_\_**

<b>Thema der Fortbildung</b> (Belege bitte beilegen!)	
Fortbildungsanbieter oder Name der/des Referentin/Referenten	
Anzahl der Teilnehmer/innen aus Ihrer Einrichtung:	

**Umfang der Fortbildungsmaßnahme:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Wochenkurs         | <input type="checkbox"/> ½ Tagesveranstaltung |
| <input type="checkbox"/> Tagesveranstaltung | <input type="checkbox"/> Stundenzahl _____    |

**Beratung/Supervision \*)**

Anbieter des Beratungsinstitutes oder Name des/der Supervisoren:	
Zeitlicher Umfang der Maßnahme:	_____Stunden    _____Tage

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum    Unterschrift und Stempel**