

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 _____

Thema der Fortbildung (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