



Anmeldung zur internen Fortbildung

Titel der Fortbildung (max. 3 Termine mit Priorisierung)	1. 2. 3.
Name des/der Mitarbeiter:in	
E-Mail-Adresse	
Handynummer	
Schule	
Tätigkeit als (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Ganztagsleitung <input type="checkbox"/> Fachkraft Ganztag <input type="checkbox"/> Ergänzungskraft Ganztag <input type="checkbox"/> Teamleitung IB <input type="checkbox"/> Fachkraft IB <input type="checkbox"/> Assistenzkraft IB <input type="checkbox"/> Schulsozialarbeiter:in <input type="checkbox"/> Leitung FGZ

Datum

Unterschrift