



Anmeldeformular Konflikt-Kompetenz-Training (KKT)

(weibliche Jugendliche im Alter von 11 – 17 Jahren)

Zuweisende Institution (Zutreffendes ankreuzen)

Schule Heim Jugendanwaltschaft Privat Andere: _____

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnadresse:
(Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)

Telefonnummer
Jugendliche:

Angaben
erziehungsberechtigte Person:
(Vorname, Name, Telefonnummer)

Schulhaus/Klasse:

Zuständige Lehrperson:
(Name, Vorname, Tel. Nr., E-Mail)

Weitere involvierte Stellen:

Ort: Datum: Unterschrift:
Erziehungsberechtigte Person (zwingend nötig)

Ort: Datum: Unterschrift:
Lehrperson / Gruppenleitung

Ort: Datum: Unterschrift:
Schulleitung / Heimleitung

Ort: Datum: Unterschrift:
Andere Institution

