

ANGABEN ZUM BETRIEB DER AUSBILDUNG IM SCHWERPUNKT

Angaben zum Betrieb

Name: _____

Anschrift: _____
Straße PLZ Ort

Telefon E-Mail/Internet

Träger der Einrichtung: _____

Ansprechpartner/-in im Betrieb: _____

Dauer der Ausbildung im Schwerpunkt:

von: _____ bis: _____

von: _____ bis: _____

Für die Durchführung verantwortliche/n Fachkraft/Fachkräfte

Name, Vorname: _____

Qualifizierung: _____

Name, Vorname: _____

Qualifizierung: _____

Anzahl der zu versorgenden und zu betreuenden Personen

	Versorgung		Betreuung	
	voll	teil	voll	teil
Erwachsene insgesamt (davon Senioren)				
Kleinkinder				
Schulkinder/Jugendliche				
Sonstige				

Hinweis:

Während der Ausbildung im Schwerpunkt sind die Wochenberichte weiter zu führen.