



Bildungspartnerschaften  
Förderung innovativer Schulentwicklung in Dortmund  
**Qualifizierungsservice**

**Anmeldung:**

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

\_\_\_\_\_  
Dienststelle (Schule)

\_\_\_\_\_  
E-Mail:

Fax (0231) 50-2 63 77  
cforster@stadtdo.de

\_\_\_\_\_  
**Fortbildung Nr.:**

**Thema:**

**Datum:**

**Uhrzeit:**

\_\_\_\_\_  
**Anzahl der Veranstaltungstage:**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

**Stellungnahme der Schulleitung**

Schulstempel

- Ich bin mit der Teilnahme der Kollegin/des Kollegen an der o. g. Fortbildungsmaßnahme einverstanden.  
 Ich bin mit der Teilnahme der Kollegin/des Kollegen an der o. g. Fortbildungsmaßnahme **nicht** einverstanden.  
(siehe Begründung auf beigefügter Anlage)

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

- Ihre Meldung zu der o. g. Veranstaltung konnte berücksichtigt werden. Hiermit erteile ich Ihnen dienstlichen Unfallschutz. Reisekosten können leider nicht gezahlt werden.  
 Die Teilnahme an der Veranstaltung ist leider **nicht** möglich. (siehe Rückseite)

Mit freundlichen Grüßen