Wir unterstützen Sie bei der Durchführung von SCHILF und SCHÜLF.

In einem vorbereitenden Gespräch erfragen wir die Besonderheiten an Ihrem Standort, greifen Ihre (individuellen) Wünsche auf und erarbeiten gemeinsam mit Ihnen ein Angebot, das nachhaltig in Ihrer Schule wirkt.

Nehmen Sie dazu bitte Kontakt mit der Koordinatorin auf.

Im Anschluss schicken Sie das ausgefüllte Formular spätestens **4 Wochen** vor der ersten Veranstaltung an das Institut Fortbildung, an die Koordinatorin.

Bitte beachten Sie diesen **Bearbeitungszeitraum** bei Ihrer Terminplanung.

**SCHILF/SCHÜLF KOORDINATION und BERATUNG:**

|  |
| --- |
| Manuela DOCKNER manuela.dockner@kphvie.ac.at |

Datum der Einreichung:

|  |  |
| --- | --- |
| ART DER VERANSTALTUNG:(bitte Zutreffendes ankreuzen) | SCHILF (schulintern) [ ]  SCHÜLF (schulübergreifend) [ ]  |
| Schule:Ansprechperson: Telefonnummer:mail: |                      |
| ort der veranstaltung:aDRESSE: |            |
| SCHULKENNZAHL(en) der teilnehmenden Schule/n: |       |
| REFERENT\*IN: |      [ ]  Pflicht[ ]  Lit b[ ]  Lit a |
| REISEKOSTEN (BAHNFAHRT 2. KLASSE): | [ ]  ja [ ]  NEIN |
| KONTAKT REFERENT\*IN:TELEFON:MAIL: |                      |
| ReferEnt\*in ist aus dem KPH-referent\*innen-Pool: | [ ]  ja [ ]  NEIN |
| Wenn nein, bitte Kompetenzen und Referenzen anführen: |       |
| THEMA (aufgrund welcher bedarfslage wurde das Thema gewählt?): |       |
| INHALT (Welche inhalte werden in der veranstaltung behandelt?): |       |
| ZIELE (welche zielsetzungen sollen mit der veranstaltung erreicht werden?): |       |
| die veranstaltung ist teil des schulentwicklungsplanes und zwar im Bereich: |       |
| TERMIN/E:Uhrzeit: |                 |
| EINHEITEN (zu je 45 Min.): |       |
| ANZAHL DER TEILNEHMER\*INNEN:(Mindestteilnehmer\*Innenzahl 12) |       |
| Anmeldung:[ ]  Gesamte Schule/Noder[ ]  Namen der Teilnehmer\*innen + Matrikelnummer  (bitte eintragen)**BITTE BEACHTEN SIE:** alle teilnehmer\*innen müssen als studierende der Fortbildung iN ph-online an der kph wien/krems IMMATRIKULIERT sein. |

|  |
| --- |
| TEILNEHMER\*INNEN |
| Name | Matrikel-nummer |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |

 |

Die Institutsleitung genehmigt die SCHILF/SCHÜLF

------------------------------------------------------------------

Datum, Unterschrift