

Praxismentoring

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Daten der Teilnehmer*in

Name:

Vorname:

E-Mail*:

Telefon/Mobil*:

Geburtsdatum:

Staatliche Anerkennung als sozialpäd. Fachkraft nach §4 Nds. KitaG: ja nein

Berufsabschluss:

Fachkraft mit Ausnahmegenehmigung nach §4 Abs. 1 oder 2 KitaG: ja nein

Gruppenleitung: ja nein

*bitte für Notfälle/ kurzfristiger Kursausfall angeben

Daten der Einrichtung

Kita:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

Die in den Geschäftsstellen der VHS Göttingen Osterode gGmbH einsehbaren und im Internet veröffentlichten Allgemeinen Geschäftsbedingungen der VHS und die Datenschutzerklärung, habe ich zur Kenntnis genommen. Eine Weitergabe meiner Daten an Dritte erfolgt nicht, sie können aber für die Kursverwaltung gespeichert werden.

Ort /Datum

Unterschrift Teilnehmer*in