Träger

An

Jugend- und Sozialamt

Sozialrathaus Wählen Sie ein Element aus.

Team Soziale Hilfen – Sozialdienst

**Mitteilung über Beginn der Integrationsmaßnahme**

Name Kindertageseinrichtung:

|  |
| --- |
| **Kind** |
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
|  |  |  |
| Straße | Ort | Geschlecht |
|  |  | [ ]  m [ ]  w [ ]  d |

Wir teilen Ihnen mit, dass die zusätzlichen Fachkraftstunden im Rahmen der Integrationsmaßnahme mit der pädagogischen Fachkraft[[1]](#footnote-1) (Name) ab  (Datum) im Umfang von  Stunden/Woche umgesetzt werden.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Ort, Datum | Unterschrift und Stempel des Trägers |

1. Fachkraftstatus gemäß § 25b HKJGB. [↑](#footnote-ref-1)