

Entscheidung über das Optionsmodell Schulische Assistenz
(bitte möglichst bis 30.06.2015 der/dem zuständigen Schulrätin/Schulrat zuleiten)

Name des Schulträgers: _____

Anschrift: _____

Kontaktperson: _____

Mail-Adresse: _____

Grundschule bzw. Grundschulteil ¹	Zahl der Grundschüler zum Statistikstichtag 19.09.2014
Grundschülerinnen und Grundschüler GESAMT	

Entscheidung für:

Option 1 (Übernahme der Trägerschaft durch den Schulträger)

Option 2 (Kooperation mit einem freien Träger)

Option 3 (keine Übernahme der Trägerschaft nach Option 1 und 2)

Beabsichtigter Starttermin für die Schulische Assistenz: _____
(möglich im Zeitraum vom 1.08.2015 bis zum 1.08.2016)

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

¹ Bitte ergänzen Sie diese Übersicht ggf. auf einem Beiblatt.