

# ORGANISATIONSPLAN FÜR INTENSIVSPRACHWOCHEN

Langstempel

SCHULJAHR:		Schulstufe:		
Beginn (Datum, Zeit):		Teilnehmende Schülergruppen:		
Ende (Datum, Zeit):		Anzahl der SchülerInnen:		
Ort (Anschrift):		Anzahl der teilnehmenden SchülerInnen:		
		Prozentzahl d. teilnehmenden SchülerInnen:		
Schulpartnerschaft befasst am:		Gesamtzahl der teiln. Mädchen:	Gesamtteilnehmerzahl:	Gesamtzahl d. BegleitlehrerInnen und Begleitpersonen inkl. Leiter:
Weitergeleitet an BDN (Datum, Zahl):		Gesamtzahl der teiln. Knaben:		
	Amtstitel Name	Geprüft für E (ja, nein)	Unterrichtet E in einer der teiln. Gruppen (ja, nein)	Datum, Rundsiegel, Unterschrift des Schulleiters / der Schulleiterin:  _____ Ort, Datum (Schulleiter / Schulleiterin)
LeiterIn der Veranstaltung				
Begleit- lehrerInnen				
Schulfremde Begleitpersonen				Die BDN bewilligt die Unterschreitung von 70 % (Bei Nichtzutreffen bitte streichen.) Datum, Rundsiegel, Unterschrift des Schulqualitätsmanagers / der Schulqualitätsmanagerin  _____ Ort, Datum (SQM)