

Kooperationsvereinbarung

zwischen:

OSZ 2 Wirtschaft und Verwaltung Potsdam
Zum Jagenstein 26
14478 Potsdam



und

Name und Anschrift des Ausbildungsunternehmens:

.....
.....
.....
.....

zu Unterstützungsmaßnahmen in der Ausbildung

Vorname und Name auszubildender Person:

.....

Klasse:

.....

Begründung für die Notwendigkeit der Maßnahme/n:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Was ist schulisch möglich?

- Unterstützung durch die Schulsozialarbeiterin
- AsA-flex
- Lern-Coach
- "Türöffner"
- andere



Was in Ihrem Ausbildungsunternehmen möglich?

- regelmäßige Feedbackgespräche mit Zielvereinbarungen
- Austausch mit anderen Auszubildenden
- Coaching
- Schulungen
- Bereitstellung von Zusatzmaterialien/Prozubi
- Unterrichtstag vor Ort unter Leitung der Auszubildenden (Lernortkooperation)

Bereichsübergreifende Maßnahmen:

- Vera Ausbildungsbegleitprogramm
- Teilzeitausbildung

Zeitraum der Maßnahme:

von:

bis

Ort, Datum:

Unterschrift Auszubildende/r

Unterschrift Ausbilder*in

.....

.....

Unterschrift Schulleitung

Unterschrift Klassenlehrer*in

.....

.....

Firmenlogo

Muster-Vorlage, CC 4.0