

Antragsbearbeitung durch:

Frau Cornelia Richter
Institut für Qualitätsentwicklung
c/o Staatliches Schulamt Schwerin
Friedrich-Engels-Str. 47
19061 Schwerin
Telefon: 0385/588-78190
E-Mail: c.richter_06@iq.bm.mv-regierung.de

_____ **Schuldienstnummer**

Antrag auf Übernahme der Lehrgangsgebühren für die Aus- und Fortbildung von beamteten Ersthelfern an Schulen in öffentlicher Trägerschaft des Landes Mecklenburg-Vorpommern

Name der Schule: _____

Anschrift der Einrichtung: _____

Ansprechpartner/in: Frau/Herr _____

Telefon/Telefax: _____

Anzahl der Lehrkräfte gesamt: _____ davon Beamte: _____

davon Angestellte: _____

Anzahl weiterer Beschäftigter der Einrichtung: _____

Anzahl bereits ausgebildeter/fortgebildeter Ersthelfer der Einrichtung: _____ Jahr: _____

Besondere Belange der Einrichtung: _____

Angaben zu den auszubildenden/fortzubildenden Ersthelfern:

| lfd. Nr. | Name | Vorname | Unterrichtsfach | Ersthelfer-ausbildung (EHA) | Ersthelfer-fortbildung (EHF) |
|----------|------|---------|-----------------|-----------------------------|------------------------------|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |
| 7. | | | | | |
| 8. | | | | | |
| 9. | | | | | |
| 10. | | | | | |

Die Erläuterungen zum Antrag auf Übernahme der Kosten für die Aus- und Fortbildung von beamteten Ersthelfern in Schulen in öffentlicher Trägerschaft des Landes Mecklenburg-Vorpommern habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum, Name der Schulleiterin/des Schulleiters: _____

Zustimmung durch das Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, Institut für Qualitätsentwicklung Mecklenburg-Vorpommern

Die Lehrgangsgebühren werden übernommen für:
_____ Ersthelfer (Erste-Hilfe-Ausbildung mit 9 Unterrichtseinheiten)
_____ Ersthelfer (Erste-Hilfe-Fortbildung mit 9 Unterrichtseinheiten)

Unterschrift:

Datum: