



Partnerschaft Schule-Betrieb

Informationen zur Kooperationsunterzeichnung (**Daten der Schule bzw. des Betriebes**)

am:

Ort:

Bitte geben Sie den ausgefüllten Bogen möglichst kurzfristig an die Landesinnung Bayern zurück!

Herrn «Name3» Fax:

	Schule	Betrieb
Vollständiger (amtlicher) Name der Schule/des Betriebes		
Teilnehmer der Kooperationsunterzeichnung (Nachname, Vorname, Funktion)	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Unterzeichner der Kooperationsvereinbarung (Nachname, Vorname)		
Zentrale(r) Kooperationsmanager(in) der Schule/des Betriebes		
Telefonnummer der Schule/des Betriebes		
Fax-Nummer der Schule/des Betriebes		
E-Mail-Adresse der Schule/des Betriebs		