

Vereinbarung über die essentiellen Bestandteile des Kooperationsvertrags

1. Name der Schule	Schulnummer
2. Name/Bezeichnung des Kooperationspartners	

3. Leistungsbeschreibung

Der Kooperationspartner erbringt im Rahmen des Kooperationsvertrags folgende Leistungen:

[Anmerkung: Insbesondere sind festzulegen Inhalt, zeitlicher Umfang und Durchführungsort der einzelnen Fördermaßnahme, Zahl der teilnehmenden Schülerinnen und Schüler und eingesetztes Personal einschließlich Stundenumfang pro Fördermaßnahme.]

4. Laufzeit des Kooperationsvertrags

Beginn _____ Ende _____

5. Vergütung

Für die unter 3. genannten Leistungen über die unter 4. genannte Laufzeit wird eine Vergütung vereinbart in Höhe von

_____ Euro.

6. Ansprechpartner/in des Kooperationspartners

Für die Laufzeit des Kooperationsvertrags bestellt der Kooperationspartner folgendes Personal als Ansprechpartner an der Schule für die Schulleitung:

Eingesetzte Person

Name, Vorname	Qualifikation/Ausbildung
---------------	--------------------------

bzw. ersatzweise im Vertretungsfall

Name, Vorname	Qualifikation/Ausbildung
---------------	--------------------------

7. Vom Kooperationspartner eingesetztes Personal

1. Name, Vorname	Geburtsdatum	Qualifikation/Befähigung	Einsatzzeitraum (erster – letzter Arbeitstag)	Wochenstunden (à 60 Minuten)	Anzahl der GesamtStd/SJ
Montag von – bis Uhr	Dienstag von – bis Uhr	Mittwoch von – bis Uhr	Donnerstag von – bis Uhr	Freitag von – bis Uhr	
2. Name, Vorname	Geburtsdatum	Qualifikation/Befähigung	Einsatzzeitraum (erster – letzter Arbeitstag)	Wochenstunden (à 60 Minuten)	Anzahl der GesamtStd/SJ
Montag von – bis Uhr	Dienstag von – bis Uhr	Mittwoch von – bis Uhr	Donnerstag von – bis Uhr	Freitag von – bis Uhr	
3. Name, Vorname	Geburtsdatum	Qualifikation/Befähigung	Einsatzzeitraum (erster – letzter Arbeitstag)	Wochenstunden (à 60 Minuten)	Anzahl der GesamtStd/SJ
Montag von – bis Uhr	Dienstag von – bis Uhr	Mittwoch von – bis Uhr	Donnerstag von – bis Uhr	Freitag von – bis Uhr	
4. Name, Vorname	Geburtsdatum	Qualifikation/Befähigung	Einsatzzeitraum (erster – letzter Arbeitstag)	Wochenstunden (à 60 Minuten)	Anzahl der GesamtStd/SJ
Montag von – bis Uhr	Dienstag von – bis Uhr	Mittwoch von – bis Uhr	Donnerstag von – bis Uhr	Freitag von – bis Uhr	
5. Name, Vorname	Geburtsdatum	Qualifikation/Befähigung	Einsatzzeitraum (erster – letzter Arbeitstag)	Wochenstunden (à 60 Minuten)	Anzahl der GesamtStd/SJ
Montag von – bis Uhr	Dienstag von – bis Uhr	Mittwoch von – bis Uhr	Donnerstag von – bis Uhr	Freitag von – bis Uhr	

Die Prüfvermerke für alle eingesetzten Personen liegen dieser Anlage bei.

Ort, Datum

Unterschrift Schulleitung

Ort / Datum

Ort / Datum

Kooperationspartner vertreten durch
Unterschriftsberechtigten

Regierung für den Freistaat Bayern