

Organisatorisches

Evangelische Kooperationspartner (Regionale Arbeitskreise) Hinweise zu den folgenden Fortbildungsveranstaltungen

Konzeption	Der Evangelische KITA-Verband Bayern kooperiert mit anderen evangelischen Veranstaltern meist auf Dekanatssebene (Regionale Arbeitskreise).	Teilnahmebedingungen	Für weitere Regelungen und Teilnahmebedingungen sind die Veranstalter selbst verantwortlich.
Anmeldeadresse	Bitte versenden Sie Ihre Anmeldung zur entsprechenden Fortbildung entweder per Post oder E-Mail an die unter dem Ausschreibungstext angegebene Adresse. Anmeldungen für regionale Fortbildungen, die beim Evangelischen KITA-Verband Bayern ankommen, können nicht weitergeleitet werden, sondern gehen an den Absender zurück.	Datenschutz	Für die Einhaltung der Bestimmungen des Datenschutzgesetzes der EKD sind die jeweiligen Kooperationspartner selbst verantwortlich.
Verantwortung ausschließlich	Für die Organisation und Durchführung der Fortbildung sind die jeweiligen Kooperationspartner verantwortlich. Bitte wenden Sie sich bei Fragen an die angegebene Adresse.	Rechnung/Zahlung	Für die Zahlungsmodalitäten sind die jeweiligen Kooperationspartner verantwortlich.
		Weitere Hinweise	Die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Bayern und die Bayerische Verwaltungsschule – als staatlich geförderte Bildungsträger – legen mit dem Bayerischen Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales die Schwerpunktthemen für das landesweit ausgeschriebene Fortbildungsangebot 2026 fest. Die Schwerpunktthemen finden Sie auf Seite 200. Pro Tag beinhaltet eine Fort- oder Weiterbildung mindestens 6 Stunden (bzw. 8 Unterrichtseinheiten) oder 3 Stunden 4 Unterrichtseinheiten) an zwei aufeinanderfolgenden Werktagen.

Anmeldeformular

für eine Fortbildung eines evangelischen Kooperationspartners (Regionale Arbeitskreise)

Das gesamte evKITA-Programm mit allen Anmeldeformularen finden Sie auch im Internet zum Herunterladen unter: www.evkitabayern.de/anmeldung

Kursnummer _____ Termin _____
Titel _____ Ort _____

Ich melde mich verbindlich zu oben genannter Fortbildung an: Teilnehmer*in (bitte alle Felder ausfüllen!)

Name _____ Funktion in der Einrichtung:
Vorname _____ Einrichtungsleitung stellv. Einrichtungsleitung
E-Mail _____ pädagogische Fachkraft pädagogische Ergänzungskraft
Telefon _____ Berufspraktikant*in Trägervertretung
Straße/Nr. _____ Sonstiges: _____
Ort/Datum _____ PLZ/Ort _____
Unterschrift Teilnehmer*in _____

Ich arbeite in folgender Einrichtung:

Bez. Einrichtung _____
E-Mail _____
Telefon _____
PLZ/Ort _____
Straße/Nr. _____

Der Träger der Einrichtung ist:

Bez. Träger _____
Mitglied bei evKITA: Ja Nein
E-Mail _____
Telefon _____
PLZ/Ort _____
Straße/Nr. _____

Rechnungsstellung an: Teilnehmer*in (Adresse siehe oben) Träger (Adresse siehe oben) Einrichtung (Adresse siehe oben)

Ort/Datum _____ Unterschrift Rechnungsempfänger*in _____