

Bitte zurücksenden an:

Bezirk Oberfranken  
Sozialverwaltung  
Postfach 10 11 52  
95411 Bayreuth

## Nachweis erbrachter Fachdienststeinheiten

Vor- und Nachname des Kindes	
Name der Einrichtung	

### Angaben zu den erbrachten Fachdienststeinheiten

Datum	Anzahl Einzel- einheiten	Anzahl Gruppen- einheiten	Anzahl ab- gerechneter Integrativ- kinder	am Kind in der Gruppe erbrachte Zeit	Name des Fachdienstes	Name der/des Fachdienstleistenden
Summe						