



## Anmeldeformular Konflikt-Kompetenz-Training (KKT)

(weibliche Jugendliche im Alter von 11 – 17 Jahren)

Zuweisende Institution (Zutreffendes ankreuzen)

Schule  Heim  Jugendanwaltschaft  Private

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Wohnadresse:  
(Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort) .....

Telefonnummer  
Jugendliche: .....

Angaben  
erziehungsberechtigte Person:  
(Vorname, Name, Telefonnummer) .....

Schulhaus / Klasse: .....

Zuständige Lehrperson:  
(Name, Vorname, Tel. Nr., E-Mail) .....

Weitere involvierte Stellen: .....

Ort: ..... Datum: ..... Unterschrift: .....  
Erziehungsberechtigte Person (zwingend nötig)

Ort: ..... Datum: ..... Unterschrift: .....  
Lehrperson / Gruppenleitung

Ort: ..... Datum: ..... Unterschrift: .....  
Schulleitung / Heimleitung

Ein Kursbesuch scheint aus folgenden Gründen angezeigt:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Anmeldung an:

Kantonspolizei Basel-Stadt  
Prävention gegen Gewalt (PgG)  
Clarahofweg 27  
CH-4005 Basel  
E-Mail: kapopgg@jsd.bs.ch