



**Rettungs-
anker**
Kiel

Ereignisbericht

Name Ihres Geschäftes, Praxis, Einrichtung etc.:

Name(n) der/s Helfenden:

Datum und Uhrzeit des Ereignisses:

Name des Kindes (wenn bekannt):

Anlass:

Ihre Hilfemaßnahme/n:

Zur weiteren Hilfe wurde eingeschaltet:

Eltern

Amt für Familie und Soziales (ASD)

Polizei

Sonstige

Dieses Formular dient zur internen Kontrolle und zur Dokumentation des Projektes.

Sie können dieses Formular per Email verschicken. Bitte betätigen Sie hierzu die Schaltfläche "Senden". Das Formular wird automatisch an die Landeshauptstadt Kiel, Amt für Schule, Kinder- und Jugendeinrichtungen gesendet.

Sie können dieses Formular drucken und per Fax oder Post versenden.

Per Fax an 9 01-74 31 63 am _____

Per Post an Landeshauptstadt Kiel, Amt für Schule, Kinder- und Jugendeinrichtungen, Herrn Krutz,
Andreas-Gayk-Str. 31, 24103 Kiel am _____

Inhalt wurde telefonisch (901-3163) weitergegeben an _____ am _____