

## Anmeldung Teamleiter/-in in sozialen und sozialmedizinischen Institutionen

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefon / Mobile \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
E-Mail Privat \_\_\_\_\_ Vers.Nr. AHV \_\_\_\_\_

### Ausbildung / Weiterbildung

KKE Fähigkeitsausweis  FaBe Fähigkeitsausweis Abschlussjahr \_\_\_\_\_  
 Andere Ausbildung/Weiterbildung \_\_\_\_\_ Abschlussjahr \_\_\_\_\_

### Gegenwärtiger Arbeitgeber / gegenwärtige Arbeitgeberin

Institutionsname \_\_\_\_\_ Strasse \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
E-Mail Geschäft \_\_\_\_\_ Pensum \_\_\_\_\_

Zurzeit der Anmeldung in der Funktion als  Team-, Gruppenleitung  Institutionsleitung (z.B. Kita-, Hort-, Heimleitung)  Stv. Institutionsleitung (z.B. Stv. Kita-, Hort-, Heimleitung)

Anmeldung für:  Modul 1  Modul 2  Modul 3  Modul 4 + 5

### Wichtig: Bitte Hinweise auf der Seite 2 Arbeitgeberbestätigung beachten

Kursnummer \_\_\_\_\_ Die aktuellen Kursnummern und Daten finden Sie auf [www.bke.ch](http://www.bke.ch)

Rechnungsadresse  Privat  Betrieb: Bitte untenstehende Angaben ergänzen

Falls abweichend von Wohnadresse: \_\_\_\_\_ Vorname und Name \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Funktion \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Rechtskräftige Unterschrift \_\_\_\_\_

Firmenstempel

### Bitte folgende Unterlagen beilegen:

- Vollständig ausgefülltes Anmeldeformular  Arbeitgeber/in Bestätigung (Original, siehe Seite 2)  
 Lebenslauf und aktueller, unterschriebener Stellenbeschrieb  Nachweise auf Anerkennung von bereits erworbenen Kompetenzen (EFZ, Diplome Weiterbildungen, bereits abgelegte Kompetenznachweise)  
 Quittungskopie über CHF 110.00 für Anmeldegebühr (Bankverbindung: ZKB, 8010 Zürich, PC 80-151-4, Clearing 700 / IBAN CH98 0070 0110 0044 8849 2, bke Bildungszentrum Kinderbetreuung AG, Zürich)

Mit den „Allgemeinen Geschäftsbedingungen Weiterbildung“ erklärt sich die hier unterzeichnende Person einverstanden. Die AGBs bleiben bestehen, auch wenn das Arbeitsverhältnis zwischen Kursbesuchenden und gegenwärtigem Arbeitgebenden während der Kursdauer aufgelöst werden sollte.

Ort/Datum:

Unterschrift:

## Weiterbildung Teamleiter/-in in sozialen und sozialmedizinischen Institutionen (Modul 1-5) /

### Arbeitgeber/in Bestätigung

(Empfehlung des Arbeitgebers / der Arbeitgeberin in Ergänzung zur Anmeldung)

Name / Vorname des Mitarbeiters  
bzw. der Mitarbeiterin

---

Institutionsname

---

Strasse

---

Telefon/Fax

---

E-Mail Geschäft

---

Ansprechperson/Leitung

---

### Anstellung

Mitarbeiter/-in ist zurzeit der  
Anmeldung in der Funktion als

Team-,  
Gruppenleitung

Institutionsleitung  
(z.B. Kita-, Hort-, Heimleitung)

Stv. Institutionsleitung  
(z.B. Stv. Kita-, Hort-, Heimleitung)

Stellenprozent

\_\_\_\_\_ %

Die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter übt einen **Personalführungsauftrag aus und führt ein Team** bestehend aus mind. 2 Personen. Von den 2 Personen muss eine Person im **betreuerischen, agogischen oder pflegerischen Bereich ausgebildet** sein. Der Personalführungsauftrag beinhaltet nebst weiteren Aufgaben wie z. B. das Führen mit Zielvereinbarungen, Planen von Arbeitseinsätzen und Leitung von Teamsitzungen, **explizit**

ja

Die Mitarbeiterin/der  
Mitarbeiter führt bzw. leitet  
Lernende und/oder  
Praktikanten, Praktikantinnen  
an.

ja

nein

nein

- das Führen von Qualifikationsgesprächen  
(MA-Beurteilung)

Der Personalführungsauftrag ist in einem unterschriebenen  
Stellenbeschrieb aufgeführt.

#### Hinweis:

Die Beschreibung im Stellenbeschrieb „bei Abwesenheit  
der Leitung“ gilt als Tagesverantwortung und entspricht  
nicht einem Personalführungsauftrag.

#### Hinweis

**ja** = berechtigt zur Teilnahme an allen Modulen 1-5

**nein** = berechtigt nicht zur Teilnahme am Modul 4+5

#### Hinweis

Werden nur Lernende und/oder Praktikanten,  
Praktikantinnen angeleitet, können nur die  
Module 1-3 besucht werden

#### Anmeldung für:

Modul 1

Modul 2

Modul 3

Modul 4 + 5

#### Bemerkung:

Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen Weiterbildung bke.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift des Arbeitgebers / der Arbeitgeberin

---