**Kooperationsvereinbarung**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zwischen dem** | **1. Bildungspartner** |
| Name/Firma  Ansprechpartner  Anschrift  Telefon  Fax  E-Mail  Website | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **vertreten durch**  Name  Anschrift  Telefon  Fax  E-Mail  Website | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **und dem** | **2. Bildungspartner** |
| Name/Firma  Ansprechpartner  Anschrift  Telefon  Fax  E-Mail  Website | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **vertreten durch**  Name  Anschrift  Telefon  Fax  E-Mail  Website | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

wird folgende Vereinbarung über die Ausgestaltung einer Kooperation geschlossen:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Voraussetzung der Zusammenarbeit/ Kooperation**

* Benennung verantwortlicher Ansprechpartner für die Kooperation.
* Gegenseitiges Kennenlernen und Planung von Kooperationsvorhaben durch regelmäßige, wechselseitige Treffen der Ansprechpartner.
* Erstellung eines verbindlichen Kooperationskalenders. Dafür sind Ort, Zeit, Personen und Schwerpunktthemen festzulegen. (vgl. Anlage)

**Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name** | **Institution** | **Kontaktdaten** |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**Ziele der Kooperation**

* Die Kooperationspartner gestalten eine gelingende Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
* Zielgruppe der Kooperation sind dabei Jugendliche Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
* Ziel ist eine Studien- und Berufsorientierung Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
* Für die Kooperationspartner ist dabei Folgendes besonders wichtig Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Handlungsziele der Kooperation**

|  |  |
| --- | --- |
| **Konkretes Handlungsziel** | **Instrument zur Zielerreichung** |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**Dauer und Gültigkeit der Kooperationvereinbarung**

Die Vereinbarung tritt mit Wirkung vom \_\_\_\_\_\_\_\_in Kraft und ist bis \_\_\_\_\_\_\_\_ gültig.

Die Kooperationspartner verpflichten sich, spätestens zwei Monate vor Ablauf der Vereinbarung eine Nachfolgeregelung zu treffen.

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Ort, Datum**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**VertreterIn Bildungspartner VertreterIn Bildungspartner**

**Kooperationskalender**

**im Hinblick auf**

**Berufs- und Studienorientierung**

**zwischen**

**Bildungspartner und Bildungspartner**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Zeitraum | Person | Themen/ Aktivität | Ort |
| Oktober | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| November | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Dezember | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Januar | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Februar | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| März | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| April | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Mai | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Juni | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Juli | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| August/  September | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Ort, Datum**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**VertreterIn Bildungspartner VertreterIn Bildungspartner**