|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Schule: Name, Anschrift, Telefonnummer **(Stempel)**(Zusatz: GS, WRS, HS, RS, SoS, Gym, BS, wenn nicht im Schulnamen enthalten)                                                   |  | **Bestätigungsblatt für eine****Sexualpädagogische Veranstaltung****Lfd. Nr.**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Regierungspräsidium StuttgartSchule und Bildung- Referat 722 Frau Klotz -Postfach 10 36 4270031 Stuttgart |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Genaue Bezeichnung/Titel der sexualpädagogischen Veranstaltung *(ggf. nähere Angaben zum Inhalt)*                                    | durchgeführt von (Institution)           |
| Datum der Veranstaltung       | Unterrichtszeitvon       bis       | Anzahl der Schulstunden (à 45 Min.)      |
| Teilnehmende Klasse bzw. Gruppe und Geschlecht der Schüler(innen)(bitte **genaue** Bezeichnung, z. B. Kl. 6**a** **Ju**, Kl. 5**a + b Mä**, Kl. 8**f Ju + Mä** usw.)                |
| Referent      | Referentin      |
| Kreditinstitut (Kurzform mit Ortsbezeichnung)      | Kontoinhaber(in), sofern nicht Schule      |
| BIC (11 Zeichen)      | IBAN (22 Zeichen)      |
| Verwendungszweck, sofern erforderlich                               |
|  |
| DemRegierungspräsidium Stuttgart**02/17-3.5.500**vorgelegt.     ……………………….. ………………………………………………………………..……  Datum Unterschrift der Schulleitung |