

Abteilung Gymnasium, DELTAplus,

DELTAplus@isb.bayern.de, Tel.: 089 2170-2161, Fax: 089 2170-2125

**Anmelde-/ Bewerbungsformular**

für die Teilnahme am Unterrichtsentwicklungsprogramm DELTAplus

|  |  |
| --- | --- |
| Schulname | Schul-Nr. |
| PLZ, Ort |

 Fach:

 Physik Biologie/Chemie

Folgende Kolleginnen und Kollegen melden sich für DELTAplus an:

(Bitte unbedingt eine der teilnehmenden Personen als Ansprechpartnerin bzw. Ansprechpartner festlegen!)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bitte An-sprech-person in dieser Spalte an-kreuzen |  | Vorname | Nachname | Hier bitte ungefähre Anzahl bisher besuchter SINUS bzw. Fibonacci-Veranstal-tungen eintragen | E-Mail-Adresse(für Ansprechperson Pflicht, ansonsten freiwillig) |
|  | 1 |  |  |  |  |
|  | 2 |  |  |  |  |
|  | 3 |  |  |  |  |
|  | 4 |  |  |  |  |
|  | 5 |  |  |  |  |
|  | 6 |  |  |  |  |
|  | 7 |  |  |  |  |
|  | 8 |  |  |  |  |

Thema, bei dem wir aktuell in unserer Fachschaft Handlungsbedarf sehen:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

Sowohl der Schulleitung wie auch den sich anmeldenden Kolleginnen und Kollegen ist bewusst, dass die Teilnahme an DELTAplus mit Unterrichtausfall verbunden sein kann.

Ort, Datum Unterschrift der Schulleitung / Schulstempel