

Abs.: _____



Beratungsanfrage

KoKi Stadt Landshut

Luitpoldstraße 29a
84034 Landshut

KoKi Landkreis Landshut

Sonnenring 14
84032 Altdorf

Stilla Waltl-Seidl

Tel.: 0871 / 88 - 23 46

Fax: 0871 / 88 - 23 01

Birgit Vogel

Tel.: 0871 / 408 - 49 70

Fax: 0871 / 408 - 16 49 70

Susanne Zeiler

Tel.: 0871 / 88 - 23 47

Fax: 0871 / 88 - 23 01

Gudrun Kolbeck-Schaefer

Tel.: 0871 / 408 - 49 77

Fax: 0871 / 408 - 16 49 77

Christina Meister

Tel.: 0871 / 88 - 23 48

Fax: 0871 / 88 - 23 01

Martina Schemmerer

Tel.: 0871 / 408 - 49 72

Fax: 0871 / 408 - 16 49 72

Kind.....geb.wohnhaft.....

Mutter.....geb.wohnhaft.....

Vater.....geb.wohnhaft.....

Telefonische Erreichbarkeit:

Ich/Wir möchte/n **Beratung / Unterstützung** durch die **KoKi** (Koordinierende Kinderschutzstelle) erhalten. Ich/Wir bin/sind mit der Weitergabe von Adresse und Telefonnummer an die zuständige KoKi-Fachstelle einverstanden. Gleichzeitig entbinde ich die vermittelnde Fachkraft ggü. der KoKi von der Schweigepflicht bzgl. des besprochenen Vermittlungsanliegens.

.....
Unterschrift des / der Sorgeberechtigten

KoKi wurde vermittelt von:

Telefon:

Datum: