

## Vereinbarung

zwischen 1. \_\_\_\_\_  
Name des Kindes / des/der Jugendlichen

und 2. \_\_\_\_\_  
Name der Eltern / des Elternteils

und 3. \_\_\_\_\_  
Name der Bildungspatin / des Bildungspaten

Wir sind damit einverstanden, dass die Bildungspatenschaft nach Beendigung der Sozialpädagogischen Familienhilfe für max. drei Monate bis zum \_\_\_\_\_ fortgeführt wird. Dies geschieht im Rahmen des Freiwilligenengagements bei der AfW.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kind / Jugendliche/r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Eltern(teil)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bildungspate/-patin