

Situation GTH Farnbachschule

**I. Vorlage**

- zur Beschlussfassung  
 als Bericht

Gremium

Sitzungsteil

Datum

|   | bisherige Beratungsfolge | Sitzungs-termin | Abstimmungsergebnis |              |        |            |              |
|---|--------------------------|-----------------|---------------------|--------------|--------|------------|--------------|
|   |                          |                 | einst.              | mit Mehrheit |        | Ja-Stimmen | Nein-Stimmen |
|   |                          |                 |                     | angen.       | abgel. |            |              |
| 1 |                          |                 |                     |              |        |            |              |
| 2 |                          |                 |                     |              |        |            |              |
| 3 |                          |                 |                     |              |        |            |              |

**Betreff**

Situation GTH Farnbachschule  
 Antrag des Staatlichen Schulamts an die Regierung von Mittelfranken

Zum Schreiben/Zur Vorlage der Verwaltung vom

Anlagen

1

**Beschlussvorschlag**

Der Ausschuss für Schule und Bildung nimmt vom Antrag des Staatlichen Schulamts Kenntnis und stimmt diesem inhaltlich zu.

**Sachverhalt**

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Finanzielle Auswirkungen<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Gesamtkosten €   |  | jährliche Folgekosten<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja € |  |
| Veranschlagung im Haushalt<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei Hst.   |  | Budget-Nr.   | im <input type="checkbox"/> Vwhh <input type="checkbox"/> Vmhh |
| wenn nein, Deckungsvorschlag:  |  |  |  |
| Zustimmung der Käm<br>liegt vor: <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> RpA <input type="checkbox"/> weitere: <input type="checkbox"/> |  | Beteiligte Dienststellen:  |  |
| Beteiligung der Pflegerin/des Pflegers erforderlich:   |  | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein                                  |
| Falls ja: Pflegerin/Pfleger wurde beteiligt  |  | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein                                  |

II. BMPA/StR/SD zur Versendung mit der Tagesordnung

III. SchvA

Fürth, 25.11.2004

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Referenten

Sachbearbeiter/in:

Tel.: