

Ministerium für Bildung, Jugend und Sport
des Landes Brandenburg
Referat 23/Einrichtungsaufsicht
Heinrich-Mann-Allee 107
14473 Potsdam

**Meldung gemäß § 47 SGB VIII
Schließung einer Einrichtung / Teileinrichtung**

	Einrichtung/Teileinrichtung
Name	
Straße	
PLZ/Ort	
Ansprechpartner	
Telefon	
E-Mail	
Aktenzeichen	

	Träger
Name	
Straße	
PLZ/Ort	
Ansprechpartner	
Telefon	
E-Mail	

Termin der Schließung:
Grund der Schließung:
Lösung der offenen Probleme: (Sicherung der Betreuung der Kinder, Jugendlichen und jungen Volljährigen in Absprache mit den unterbringenden Jugendämtern, Information des örtlich zuständigen Jugendamtes):*

Ort/Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift des Trägers
bzw. des gesetzlichen Vertreters oder
Unterschrift des Leiters/ der Leiterin

*ggf. bitte Rückseite benutzen