

**Amt für Berufsbildung, Mittel- und Hochschulen**  
**Bielstrasse 102; 4502 Solothurn**  
**Telefon: 032 / 627 28 90**  
**E-mail: cm-bb@dbk.so.ch**

**Anhang 3**

## **Vollmacht** (Minderjährige)

### **für den Informationsaustausch im Rahmen des Case Management Berufsbildung**

#### **1. Erklärung**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mir die Grundsätze des Case Management Berufsbildung (CM BB) erklärt wurden. Ich erteile der Case Managerin/dem Case Manager bzw. deren Stellvertretung die Vollmacht, im Rahmen von CM BB ein eigenes Dossier zu führen und bei den beteiligten Akteuren, insbesondere bei Lehrpersonen, Schulleitung, Schulsozialdiensten, Berufsberatenden, Lehraufsicht und Lehrbetriebe und gegebenenfalls bei regionalen Sozialdiensten, Vormundschaftsbehörden sowie RAV, Anbietern von Motivationssemestern, IV-Stelle und behandelnden Ärzten Auskünfte einzuholen und diesen die notwendigen Auskünfte zu erteilen. Ich kann diese Vollmacht jederzeit durch eine schriftliche Mitteilung an die Case Managerin/den Case Manager widerrufen.

#### **1. Angaben zur Person des/der Jugendlichen**

PID-Nummer: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
PLZ und Wohnort: \_\_\_\_\_  
Strasse mit Nummer: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

#### **3. Angaben zur Person des/der Bevollmächtigten**

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
PLZ und Wohnort: \_\_\_\_\_  
Strasse mit Nummer: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

#### **4. Unterschriften**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Jugendliche(r): \_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Bevollmächtigte(r): \_\_\_\_\_