# Henvisning til mentorforløb hos Z Kurs

|  |  |
| --- | --- |
| Borgers fulde navn: |  |
| Adresse: |  |
| Cpr. Nummer: |  |
| Telefon: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Kommune: |  |
| Rådgiver / kontaktperson: |  |
| Mailadresse: |  |
| Telefonnummer: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Antal bevilgede timer: |  |
| Interval – sæt kryds: | |  |  | | --- | --- | | Hver uge: | Hver anden uge: | |
| Periode: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Kort beskrivelse af borger: |  |
| Specielle forhold: |  |
| Mål med mentorindsats: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Dato: |  |
| Rådgiver/bestiller: |  |