



## Persönliche Angaben des Praktikanten / der Praktikantin

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße/ Hausnummer	
Postleitzahl/ Ort	
Name, Vorname d. Erziehungsberechtigten	
Telefonisch zu erreichen unter	
Krankenkasse	
Hausarzt / Hausärztin	
Tetanus geimpft?	<input type="checkbox"/> Ja am..... <input type="checkbox"/> Nein
Zusätzlich versichert bei	
Betreuende Lehrkraft	

**Die Unfallversicherung und Haftpflichtversicherung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ist über die Schule gewährleistet.**

Unterschrift der Erziehungsberechtigten .....

Unterschrift des Praktikanten / der Praktikantin .....

Unterschrift der betreuenden Lehrkraft .....

