



vom (Zeitraum): bis:

Schüler:

Name: _____

Vorname: _____

Geb.: _____

Anschr: _____

Telefon: _____

Erziehungsberechtigte/r:

Name: _____

Vorname: _____

Telefon privat: _____

Telefon dienstlich: _____

Name der Krankenversicherung: _____

Versichert durch: _____

Hausarzt: _____

Telefon Hausarzt: _____

Letzte Tetanusimpfung: _____

Bekannte Allergien: _____

Schule

(Name, Anschrift, Telefon):

Praktikumsleiter/in:

Herr/ Frau _____

Tel. priv.: _____

Der Schüler / die Schülerin wurde mit den Unfallverhütungsvorschriften vertraut gemacht.

Datum

für den Betrieb

Praktikant/in