

PERSONALBOGEN

Praktikumsleiter :

M.-A. Jäger

Praktikumsbetreuer/-in:

Telefon:

_____	_____	_____
Name des Schüler/in	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort
_____	_____	_____
Name des/der Erziehungsberechtigten	Vorname	Telefon

Hausarzt: _____

Telefon

Tetanusimpfung: nein ja am: _____

.....
Zu Beginn des Praktikums bitte im Betrieb ausfüllen:

Mit den Unfallverhütungsvorschriften vertraut gemacht.

Unterschrift Betrieb/Firma

Unterschrift Schülerpraktikant/in

Ort, Datum