

Antrag auf Ausstellung eines Praktikumsvertrages

BFS für Ergotherapie

Klasse:

Name:

Vorname:

Zeitraum des Praktikums:

Fachbereich: arbeitstherapeutisch
(bitte zutreffenden Bereich ankreuzen) motorisch-funktionell, neuropsychologisch, neurophysiologisch
 psychosozial, psychiatrisch, psychosomatisch

Angaben zur Praktikumeinrichtung (evtl. auch Stempel):

Name der Einrichtung:

Straße / Hausnummer:

PLZ / Ort:

Telefonnummer:

Fax / E-Mail:

Mentor/in / Praktikumsanleiter/in: Frau Herr

Angaben zum Träger der Praktikumeinrichtung:

Name: (Träger / Verein):

Straße / Hausnummer:

PLZ / Ort:

Telefonnummer:

Ansprechpartner/in & Funktion:

Zusage der Einrichtung am:
Datum / Stempel / Unterschrift

auszufüllen von Freie Schulen Chemnitz der ASG mbH

Kenntnisnahme/ befürwortet:
 Praktikumsbetreuer/in bzw. Praktikumskoordinator/in

Von Schüler/in erhalten am:

Bestätigung

Hiermit bestätigen wir, dass unsere Einrichtung über eine/n

„Staatlich anerkannte/n Ergotherapeut/in“

verfügt.

Name (wenn abweichend von Mentor/in): _____

Datum

Stempel / Unterschrift