

Beruf: _____

Praktikumsdauer: vom _____ bis _____

Personalien:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ geb. am: _____

Geburtsort: _____ Konfession: _____

Wohnort: _____ Strasse: _____

Krankenkasse: _____ Hausarzt: _____

gesetzl. Vertreter: _____
Name, Vorname

Straße, Wohnort Telefon

Persönliche Verhältnisse:

Leiden Sie an Krankheiten, die Ihre Arbeitsfähigkeit für dieses Praktikum in irgendeiner Form einschränken oder von denen eine Gefahr für andere Arbeitnehmer ausgeht? () ja () nein

Haben Sie Allergien? () ja () nein

Wenn ja, welche? _____

Ausbildung:

Ich bin Schüler, der Schule _____
(bitte Schulbescheinigung/Praktikumsbescheinigung beifügen)

Klasse: _____

Klassenlehrer: _____

Ort, Datum

Unterschrift Praktikant

Unterschrift gesetzl. Vertreter