

Sie möchten ein Praktikum bei uns machen.
Wir möchten Sie gerne besser kennen lernen.
Bitte füllen Sie den Bogen aus. Vielen Dank!

<p>Vorname, Nachname</p> <p>Straße und Haus-Nummer</p> <p>Stadt und PLZ</p> <p>Fest-Netz-Nummer</p> <p>Handy-Nummer</p>	
<p>Geburts-Datum</p>	
<p>Wie heißen Ihre Eltern/Betreuer?</p> <p>Handy-Nummer Ihrer Eltern/Betreuer (für den Not-Fall)</p>	
<p>Wo sind Sie geboren?</p>	
<p>Wie heißt Ihre Schule?</p> <p>In welche Klasse gehen Sie?</p> <p>Wie heißt Ihr Lehrer?</p> <p>Wo haben Sie schon Praktikum gemacht?</p>	

Welchen Förder-Bedarf haben Sie?	
Haben Sie eine Schwer-Behinderung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Grad der Behinderung: _____ <input type="checkbox"/> Merk-Zeichen: _____
Haben Sie Allergien? Haben Sie Epilepsie? Haben Sie noch andere Probleme mit der Gesundheit? Bekommen Sie Hilfe von einem Therapeuten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche: _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Medikament: _____ <input type="checkbox"/> anfallsfrei seit: _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche: _____ <hr/> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei wem?: _____
Was machen Sie gerne in Ihrer Freizeit?	
Was müssen wir noch von Ihnen wissen?	