

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

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

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