

# Antrag auf Ausstellung eines Praktikumsvertrages

## BFS für Physiotherapie

Klasse: .....

Name: .....

Vorname: .....

Zeitraum des Praktikums: .....

Fachbereich:  Orthopädie  Chirurgie  Psychiatrie  
*(bitte zutreffenden Bereich ankreuzen)*  Innere Medizin  Pädiatrie  Neurologie  
 Gynäkologie

## 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 Physiotherapeut/in“

verfügt.

Name (wenn abweichend vom Mentor/in): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift