

Matrikel Nr.

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Kennzeichnung des Studiums

| | | | | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| A | | | | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|

Antrag zur Absolvierung des Berufspraktikums (Bakk.)

Student/in:

| | |
|---|----------|
| Name: | |
| Studienfach: | |
| Schwerpunkt: | |
| <input type="checkbox"/> BW1 Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und Fitness | |
| <input type="checkbox"/> BW2 Sportmanagement | |
| E-Mail: | Telefon: |

Institution:

| | |
|----------|--------|
| Name: | |
| Plz.: | Ort: |
| Strasse: | |
| Telefon: | Mobil: |
| E-Mail: | Fax: |

Kontaktperson:

| | |
|--------------|--------|
| Name, Titel: | |
| Telefon: | Mobil: |
| E-Mail: | Fax: |

Zielgruppe: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

| | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Kinder <input type="checkbox"/> | Jugendliche <input type="checkbox"/> | Erwachsene <input type="checkbox"/> | Senioren <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|

Zeitausmaß: (z. B.: Datum von ... bis ... / Stundenausmaß)

Kurzinformation zur Praktikumsstätigkeit:

(Hinweis: Art der Tätigkeit, erwartete Kompetenzen, ...)

Sonstige Hinweise:

Bestätigung der Praktikumsstelle mit Stempel und Unterschrift:

Bestätigung durch die/den jeweiligen Lehrbeauftragte/n: