

Definitive Anmeldung für die Fachmaturitätsarbeit Gesundheit

Name:		Vorname:	
--------------	--	-----------------	--

Angaben zur Fachmaturitätsarbeit

Arbeitstitel:	
----------------------	--

Betreuende Lehrperson

Name:		Vorname:	
Strasse:		PLZ/Ort:	
Telefon:		Mailadresse:	

Die Lehrperson unterrichtet an der FMS:

☐ BKS Chur ☐ BZS Ilanz ☐ EMS Schiers ☐ AE Samedan

Angaben zum Praktikum

Praktikumsbetrieb:			
Adresse/Ort:			
Telefon:		Mailadresse:	
Dauer von:		bis:	
Praktikumsleitung Name:		Vorname:	

Unterschriften

Unterschrift Kandidatin/Kandidat:		Unterschrift Betreuende Lehrperson:	
Ort, Datum:			

Einzureichen bis spätestens 1. Dezember an:

Koordinationsstelle FM Gesundheit GR
Bildungszentrum Surselva
Fabian Riedi, Leiter FMS
Klosterweg 18
7130 Ilanz