

Vereinbarung für das Praktikum zur Erlangung der Fachmaturität Gesundheit

Name, Vorname Praktikant/Praktikantin:	
Geburtsdatum:	
Klasse FMS:	
Strasse, Nr:	
PLZ, Ort	
Mobile:	

Praktikumsbetrieb:	
Ansprechperson, Name, Vorname:	
Strasse, Nr. Betrieb:	
PLZ, Ort Betrieb:	
Telefonnummer:	
Email Ansprechperson:	

Dauer des Praktikums:	
Startdatum:	
Enddatum:	

Bestimmungen

Diese Vereinbarung ist in zwei Exemplaren auszufertigen. Ein Exemplar ist für die Praktikantin / den Praktikanten bestimmt. Eine Kopie der Vereinbarung wird vom Koordinator Fachmaturität Gesundheit Bildungszentrum Surselva visiert. Damit wird bestätigt, dass das Praktikum den Anforderungen für die Fachmaturität Gesundheit entspricht.

Die Vereinbarung ist nur in Kombination mit der Kopie des Arbeitsvertrags gültig.

Unterschrift **Praktikant/-in**

Unterschrift **Erziehungsberechtigte**

Genehmigt als Praktikum für die Fachmaturität Gesundheit

Ort und Datum

Unterschrift **Leiter FMS**

Einzusenden bis spätestens 15. Juni an:

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