Einwilligung der Schule zur Ausbildung als Malteser Schulsanitäter*in

Angaben zur auszubildenden Person

Vorname: _____ Name: _____

Geburtsdatum: _____

Angaben zur Ausbildung

erster Ausbildungstag: _____

letzter Ausbildungstag: _____

Ort: _____

Betreuungslehrkraft

Name: _____

Zustimmung der Schule zur Ausbildung (auch digital durch Mailweiterleitung möglich) Hiermit stimme ich der Ausbildung des o.g. Schulsanis zu.
_____
Datum und Unterschrift der Betreuungslehrerin/ des Betreuungslehrers SSD