

## Anmeldeformular zum Schnupperpraktikum / Berufserkundung

**Name** ..... **Vorname** .....

**Strasse** ..... **PLZ/Ort** .....

**Telefon und Mailadresse** ..... **Geburtsdatum** .....

**Schulstufe oder aktuelle Berufssituation**  
.....

### Bisherige Schnupperpraktika im Pflegebereich

**Ort** ..... **Dauer** .....

**Ort** ..... **Dauer** .....

### Wichtig:

**Bitte senden Sie uns Ihre Anmeldung bis spätestens 4 Wochen vor dem gewünschten Termin an folgende Post- oder E-Mail-Adresse zu:**

Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter  
Frau Karin Weimer  
Leiterin Aus-, Fort- u. Weiterbildung  
Rorschacher Strasse 94  
9000 St.Gallen

Telefon: 071 243 86 55  
Email: bildung@gesundheitundalter.ch

Gewünschter Beruf	Anzahl Praktikumstage	Gewünschtes Datum
<input type="checkbox"/> Assistent/-in Gesundheit + Soziales	3 Tage, Mo-Mi oder Mi-Fr	
<input type="checkbox"/> Fachfrau/-mann Gesundheit	3 Tage, Mo-Mi oder Mi-Fr	
<input type="checkbox"/> Dipl.Pflegefachfrau/-mann HF	3 – 5 Tage	
<input type="checkbox"/> Fachfrau/-mann Hauswirtschaft	3 Tage	
<input type="checkbox"/> Fachmann/-frau Betriebsunterhalt	3 – 5 Tage	
<input type="checkbox"/> Ergotherapeut/-in FH	Schnupperpraktika bedingt möglich	
<input type="checkbox"/> Physiotherapeut/-in FH	Schnupperpraktika möglich	

**Ort, Datum**

**Unterschrift**