**Anmeldeformular zum Schnupperpraktikum / zur Berufserkundung**

**Name Vorname**

**……………………………………………………. ………………………………………………………..**

**Strasse PLZ/Ort**

**……………………………………………………. ………………………………………………………..**

**Telefon und Mailadresse Geburtsdatum**

**……………………………………………………. ………………………………………………………..**

**Schulstufe oder aktuelle Berufssituation**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**Bisherige Schnupperpraktika im gewünschten Berufsbereich**

**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 Telefon: 071 243 86 55Frau Karin Weimer Email: bildung@geriatrie-sg.chLeiterin Aus-, Fort- u. WeiterbildungRorschacher Strasse 949000 St.Gallen |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Gewünschter Beruf** | **Anzahl Praktikumstage** | **Gewünschtes Datum** |
|  Assistent/-in Gesundheit + Soziales | 2 - 3 Tage |  |
|  Fachfrau/-mann Gesundheit | 2 - 3 Tage |  |
|  Dipl.Pflegefachfrau/-mann HF | 3 – 5 Tage |  |
|  Hauswirtschaftspraktikerin | 2 – 3 Tage |  |
|  Fachfrau/-mann Hauswirtschaft | 2 - 3 Tage |  |
|  Koch / Köchin | 2 – 3 Tage |  |
|  Fachmann/-frau Betriebsunterhalt | 3 – 5 Tage |  |
|  Ergotherapeut/-in BSC Logopädin / Logopäde BSC | Schnupperpraktika bedingt möglich |  |
|  Physiotherapeut/-in BSC | Schnupperpraktika möglich |  |

**Ort, Datum Unterschrift**