



Anlage 10

zur Rahmenvereinbarung zum Landwirtschaftspraktikum zwischen dem Bund der Freien Waldorfschulen und dem Demeter e.V.

Gesundheitsbogen

Name des Praktikanten: _____

Straße: _____

Plz, Ort: _____

Telefon privat: _____ Telefon in wichtigen Fällen: _____

Angaben des Praktikanten

Ich bin allergisch gegen:

Ich muss regelmäßig Medikamente einnehmen und zwar:

Ich habe eine körperliche Beeinträchtigung:

Ich kann folgende Arbeiten nicht ausführen:

Ergänzende Angaben der Eltern / der Erziehungsberechtigten:

Unterschrift der Eltern / der Erziehungsberechtigten

Unterschrift des Praktikanten