

**Sporttherapeutisches Praktikum im Studiengang
„Klinische Sportphysiologie und Sporttherapie“**

Modulcode: 06-MA-KSS-09

Antrag auf**Anerkennung** **Genehmigung** **Name, Vorname:****Adresse:****Tel.:****E-Mail:****Matrikel-Nr.:****Studiensemester:****Einrichtung** (Klinik; Institut etc. mit Fachrichtung):**Adresse** (ggf. Homepage):**Ansprechpartner** (Name, Tel., Mail):**Zeitraum des Praktikums** (Datum, Umfang in Std. [40/Wo]):**Einrichtungszuordnung:**Reha-Klinik Amb. Reha-Einrichtung Krankenkasse zertifiziertes (DIN EN 17229 &
DIN-Norm 33961) Fitnessstudio,
ggf. Kopie des Zertifikats Sonstige **(Vorauss.) Praktikumsinhalte:****- vom Praktikumsbeauftragten auszufüllen -** anerkannt nicht anerkannt genehmigt nicht genehmigt**Datum, Unterschrift:**.....