

**Berufsfeldpraktikum im Studiengang „Bewegung und Gesundheit“**

Modulcode: 06-BG-BA-13

Antrag zur Anerkennung

Name, Vorname:

Adresse:

Tel.:

Mail:

Matrikel-Nr.:

Studiensemester:

Einrichtung (Klinik; Institut etc. mit Fachrichtung):

Einrichtungszuordnung:

Reha-Klinik

Adresse (ggf. Homepage):

Amb. Reha-Einrichtung Krankenkasse

Ansprechpartner (Name, Tel., Mail):

zertifiziertes Fitnessstudio

(ggf. Kopie des Zertifikats)

Zeitraum des Praktikums (Umfang in Std.):

Sonstige **Geplante Praktikumsinhalte:****- vom Praktikumsbeauftragten auszufüllen -****Anmerkungen:** befürwortet nicht befürwortet genehmigt nicht genehmigt

Datum, Unterschrift:

Datum, Unterschrift: