Formular Lehrergesundheit

Bitte senden Sie ein Exemplar an den AMD TÜV per Mail an: gesundheitinschulen-mv@de.tuv.com

Schulname: _____ Schulleiter/in: _____

Adresse: _____ Ansprechpartner: _____

Telefonnummer: _____ Kontaktdaten: _____

E-Mail: _____ Teilnehmeranzahl: _____

ZEITLICHE KLÄRUNG

Terminwünsche: _____

Zeitrahmen:
- ☐ Halbtag (3 Stunden)
- ☐ Ganztag (6 Stunden)
- ☐ Check-up (Ganztag) – Herz-Kreislauf, Rücken, Balance
- ☐ Impulsvortrag (90 Minuten)
- ☐ Kursreihe (6-10 Einheiten)

Mittagspause: _____
Mittagspause bei Ganztagstermin (mind. 45 Min.)

Pausengetränke : _____
(wer stellt diese)

INHALTLICHE KLÄRUNG

Themenwünsche:

RÄUMLICHKEITEN VOR ORT

Beratungsraum: _____

ggf. Sporthalle: _____

MATERIAL

Beamer, Flipchart, Pinnwand etc.: _____

Sonstiges (Sportmatten, Geräte etc.): _____

Teilnahmebescheinigungen gewünscht? ☐ ja ☐ nein

Hinweise zu Anreise und Parkmöglichkeiten:

SONSTIGE BEMERKUNGEN

_____
Unterschrift Schulleitung

AMD TÜV Arbeitsmedizinische
Dienste GmbH
Alboinstraße 56
12103 Berlin
info-amd@de.tuv.com

www.tuv.com

TÜVRheinland®
Genau. Richtig.