

Formular Lehrgesundheit

1 Exemplar an AMD TÜV gesundheitinschulen-mv@de.tuv.com oder
 FAX 0381 45374239

Schulname	
Adresse	
Telefonnummer	
E-Mail	
Schulleiter/in	
Ansprechpartner	
Teilnehmeranzahl	
Zeitliche Klärung	
Terminwunsch	
Zeitraumen	<input type="checkbox"/> Ganztage (6 Stunden) <input type="checkbox"/> Halbtage (3 Stunden) <input type="checkbox"/> Impulsvortrag (90 Minuten)
Zeitraumen Mittagspause bei Ganztagestermin (mind. 45 Min.)	
Pausengetränke (wer stellt diese)	
Inhaltliche Klärung	
Themenwünsche (bevorzugte Gesundheitsthemen)	
Räumlichkeiten vor Ort	
Beratungsraum	
ggf. Sportraum/Sporthalle	
Material	
Beamer	
Flipchart/Pinnwand	
Teilnahmebescheinigungen gewünscht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ggf. Anreise und Parkmöglichkeiten	
Sonstige Bemerkungen	

 Unterschrift Schulleitung