

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: _____

Kontakt Daten: _____

E-Mail: _____

Teilnehmeranzahl: _____

ZEITLICHE KLÄRUNG

Terminwünsche: _____

- Zeitraumen: Ganztage (6 Stunden)
 Halbtage (3 Stunden)
 Impulsvortrag (90 Minuten)
 Kursreihe (6-10 Einheiten)

Mittagspause: _____

Mittagspause bei Ganztagestermin (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.): _____

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.