|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Lebenshilfe Seelze WerkstättenBerufsbildungsbereichHerbert Burger Platz 130926 Seelze |  |       |  |       |
| Name |  | Vorname |
|       |
| Praktikum von - bis (bitte eintragen) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|       |  |       |  |       |
| Straße |  | Postleitzahl |  | Ort |
|       |  |       |  |  |
| Geburtsdatum |  | Telefon Praktikantin / Praktikant |  |
|  |  |  |  |
|       |  |       |  |
| Schule |  | Schulentlassung |  |
|       |  |       |  |
| Praktikumsbetreuung |  | Telefon  |  | Foto |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|       |  | BBB Garten | [ ]  | BBB Hauswirtschaft | [ ]  |        | [ ]  |
| Berufswunsch |  | **Wunschbereich (bitte ankreuzen)** |
|  |  | BBB Handwerk | [ ]  | BBB Konfektionierung | [ ]  | Arbeit und Leben | [ ]  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Informationen zur Beeinträchtigung:** |       |
| - Diagnosen  |
| - besondere Eigenschaften |
| - besondere Interessen |
| - Mobilität |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hilfsmittel:** |       |
| -zur Mobilität (Rollstuhl, Rollator, usw.) |
| -zur Kommunikation (Talker, usw.) |
| -zur Wahrnehmung (Brille, Hörgerät, usw.) |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vorerfahrungen:** |       |
| - in dem gewünschten Fachbereich |
| - andere Praktika |
| - Projektwochen |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sonstige Informationen:** |       |
| - besondere Fähigkeiten |
| - besondere Wünsche |
|  |
|  |

**Weg in die Werkstatt**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  | Praktikantin / Praktikant kommt selbständig in die Werkstatt |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | Öffentliche | [ ]  | Zu Fuß | [ ]  |  Fahrrad | [ ]  | sonstiges: |
|  | Verkehrsmittel |  |  |  |  |  |       |

 (bitte eintragen)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  | Beförderung durch die Schule |       |
|  |  | Kontaktdaten (bitte eintragen) |
| Besonderheiten bei der Beförderung: |       |
|  |
|  |
|  |  |  |
| Praktikantin / Praktikant ist verkehrssicher | [ ]  ja | [ ]  nein |

**Versorgung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Praktikantin / Praktikant benötigt während der Arbeitszeit Medikamente | [ ]  ja | [ ]  nein |

**Die Vergabe von Medikamenten erfolgt nur nach entsprechender Verordnung eines Arztes!!!**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Praktikantin / Praktikant benötigt Hilfe bei der Nahrungsaufnahme. | [ ]  ja | [ ]  nein |

**Falls ja: Die Hilfe zur Nahrungsaufnahme bitte in das Beiblatt (Versorgung) eintragen.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Praktikantin / Praktikant benötigt Hilfe bei der Hygieneversorgung. | [ ]  ja | [ ]  nein |

**Die Hilfe zur Hygieneversorgung bitte in das Beiblatt (Versorgung) eintragen.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  | Schulbegleitung |       |
|  |  | Kontaktdaten (bitte eintragen) |

**Praktikantenbogen**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  |  Ich kann in einer großen Gruppe arbeiten (6-12 Personen) |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  |  Ich brauche eine kleine Gruppe zum Arbeiten |

|  |  |
| --- | --- |
| Das brauche ich zum Arbeiten |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Vorlieben |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Abneigungen |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Das kann ich gut |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Das kann ich nicht so gut |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Meine Interessen |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Das erwarte ich vom Praktikum |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Das ist mir noch wichtig |       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Schuhgröße: |       |  | Kleidungsgröße: |       |

**Anmeldung zum Mittagessen --Praktikum--**

Allergene/Lebensmittelunverträglichkeiten/Wünsche

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |       |
| Name |  | Vorname |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Ich habe **keine** Allergien oder Lebensmittelunverträglichkeiten die berücksichtigt werden müssen |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Ich benötige folgendeKostform**,** auf Grundvon Allergien oder Lebensmittelunverträglichkeiten |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Schonkost | [ ]  Laktosefrei | [ ]  Glutenfrei |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  ohne Nüsse | [ ]  ohne Ei | [ ]  Fruktosefrei |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Sonstige:       |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Folgende Wünsche sollen berücksichtigt werden |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  ohne Schwein | [ ]  ohne Rind | [ ]  vegetarisch |

**Hinweis:** Durch Stäube und/oder Produktionsrückständen im Küchenbetrieb der Lebenshilfe Seelze e.V. können bei der Herstellung der speziellen Sonderkost auch kleine Restmengen der zu beachtenden Allergieauslösenden Inhaltstoffe in die Sonderkost gelangen.

Diese können zu Allergischen Reaktionen und/oder Unverträglichkeiten führen!

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |       |
| Datum |  | Unterschrift |