

Antragsformular für eine Praktikantenstelle

(* Bitte beachten Sie die besonderen Bedingungen je nach Standort auf dem Infoblatt)

NAME und Vorname:

Geburtsdatum:

..... / /

Adresse:

E-Mail Adresse

Telefon oder Handy

NationalregisterNr.

. . - .

Studienzyklus

Hochschule ☐

Universität ☐

Name der Ausbildungseinrichtung:

Studienfach

Sozialarbeiter/in ☐

Psychologe/in ☐

Logopäde/in ☐

Ergotherapeut/in ☐

Psychomotoriker/in ☐

Heilpädagoge/in ☐

Ausbildungsjahr während des
Praktikums:

Bachelor 3 ☐

Master 2 ☐

Abgeschlossen ☐

Master 3 ☐

Ausbildungsinstitut und Art der Therapeuten-Ausbildung: *(nur bei Therapiepraktika zu vervollständigen)*

Praktikumsart:

Beobachtungspraktikum ☐

Aktivpraktikum ☐

Standort des Praktikums:

BTZ Eupen ☐

BTZ St. Vith ☐

BTZ Bütgenbach ☐

Bereich: Kinder ☐

Jugendliche ☐

Erwachsene ☐

Zeitraum des Praktikums:

Vom / / bis zum / /

Stundenanzahl pro Woche:

..... Stunden / Woche

Anzahl Stunden insgesamt:

..... Stunden

Wochentage, an denen Sie für das Praktikum verfügbar sind:

Montag ☐

Dienstag ☐

Mittwoch ☐

Donnerstag ☐

Freitag ☐

Datum

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin

.....

.....

BTZ EUPEN

Vervierser Straße 14, 4700 Eupen
☎ +32 / (0)87 / 14 01 80

✉ info@btzentrum.be

BTZ ST.VITH

Vennbahnstraße 4/6, 4780 St.Vith
☎ +32 / (0)80 / 65 00 65

🌐 www.btzentrum.be

KONTO

BE68 7311 1889 8834

UNTERNEHMENSNR.

BE 0416.454.850

Das Formular ist, mit Bewerbungsschreiben und Lebenslauf vervollständigt, unter info@btzentrum.be einzusenden.
Nur vollständig ausgefüllte Dokumente werden in der Folge bearbeitet.

BTZ EUPEN

Vervierser Straße 14, 4700 Eupen
☎ +32 / (0)87 / 14 01 80

✉ info@btzentrum.be

BTZ ST.VITH

Vennbahnstraße 4/6, 4780 St.Vith
☎ +32 / (0)80 / 65 00 65

🌐 www.btzentrum.be

KONTO

BE68 7311 1889 8834

UNTERNEHMENSNR.

BE 0416.454.850