|  |  |
| --- | --- |
| **Datum:**  | **Veranstaltung:**  |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich meine Kenntnisnahme des Hygieneplanes des Staatlichen Studienseminars für Lehrerausbildung Erfurt

Ich verpflichte mich zur Einhaltung der genannten Hygienemaßnahmen.

|  |
| --- |
| Seminarleitung/Fachleiter\*in  **Raum: Zeit:** |
| Name, Vorname**:** Anschrift:PLZ, Ort: | Unterschrift |
| Lehramtsanwärter\*in |
| Name, Vorname: AnschriftPLZ Ort | Unterschrift |
|  Lehramtsanwärter\*in |
| Name, Vorname: Anschrift:PLZ, Ort: | Unterschrift |
| Lehramtsanwärter\*in |
| Name, Vorname: Anschrift:PLZ, Ort: | Unterschrift |
| Lehramtsanwärter\*in |
| Name, Vorname:Anschrift:PLZ, Ort: | Unterschrift |
| Lehramtsanwärter\*in |
| Name, Vorname:Anschrift:PLZ, Ort: | Unterschrift |
| Lehramtsanwärter\*in |
| Name, Vorname:Anschrift:PLZ, Ort: | Unterschrift |
| Lehramtsanwärter\*in |
| Name, Vorname:Anschrift:PLZ, Ort: | Unterschrift |
| Lehramtsanwärter\*in |
| Name, Vorname:Anschrift:PLZ, Ort: | Unterschrift |
| Lehramtsanwärter\*in |
| Name, Vorname:Anschrift:PLZ, Ort: | Unterschrift |
| Lehramtsanwärter\*in |
| Name, Vorname:Anschrift:PLZ, Ort: | Unterschrift |
| Lehramtsanwärter\*in |
| Name, Vorname:Anschrift:PLZ, Ort: | Unterschrift |
| Lehramtsanwärter\*in |
| Name, Vorname:Anschrift:PLZ, Ort: | Unterschrift |
| Lehramtsanwärter\*in |
| Name, Vorname:Anschrift:PLZ, Ort: | Unterschrift |
| Lehramtsanwärter\*in |
| Name, Vorname:Anschrift:PLZ, Ort: | Unterschrift |
| Lehramtsanwärter\*in |