|  |  |
| --- | --- |
| **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:  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 | |
| Name, Vorname:  Anschrift:  PLZ, Ort: | Unterschrift |
| Lehramtsanwärter\*in | |