

**Hessische Lehrkräfteakademie**

**Studienseminar für Gymnasien Fulda**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Studienseminar für Gymnasien Josefstr.22-2636039 FuldaFulda |  |  |
|  | An die Leitung der/des      |  Datum: |        |

**Anmeldung eines Unterrichtsbesuchs (1 Woche vor dem Termin):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name LiV:** |       |
| **Ausbildungsschule** |       |
| **Wochentag**, **Datum, Unterrichtsstunde** |       |
| **Klasse + Fach + Raum** |       |
| **Beratungsgespräch (Wann? Wo?)** |  |
| **Ausbilderin/Ausbilder** | **Name:**  |
| **Bitte um Freistellung des Mentors/ der Mentorin****Für den UB** **[ ]** **Für das Beratungsgespräch** **[ ]**  | **Name:**  |
| **Ggf. Bitte um Freistellung der Lehrkraft der Lerngruppe:****Für den UB** **[ ]** **Für das Beratungsgespräch** **[ ]**  | **Name:**  |
| **Sonstiges** |  |