

**Hessische Lehrkräfteakademie**

**Studienseminar für Gymnasien Fulda**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Studienseminar für Gymnasien Josefstr.22-26  36039 Fulda  Fulda |  |  |
|  | 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** |  |