

# Bewerbung für ein Praktikum im Wasserrettungsdienst in Leipzig

**DLRG Bezirk Leipzig e.V.**

Theresienstraße 2a

04105 Leipzig

email: [maik.steinhofel@dlrg-leipzig.de](mailto:maik.steinhofel@dlrg-leipzig.de)



**Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft e.V.**

## Angaben zur Person

|               |       |   |
|---------------|-------|---|
| Name, Vorname |       | <input type="checkbox"/> Ich bin kein Mitglied der DLRG |
| Geburtsdatum  | Alter | <input type="checkbox"/> Ich bin DLRG Mitglied seit     |
| Telefonnummer |       | Ortsgruppe  |
| Emailadresse  |       | Landesverband   |

## bereits erworbene Schwimmaabzeichen

|  |              |  |                      |
|--|--------------|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> DJSA Bronze   | erworben am: |  |                      |
| <input type="checkbox"/> DJSA Silber   | erworben am: |  |                      |
| <input type="checkbox"/> DJSA Gold     | erworben am: |  |                      |
| <input type="checkbox"/> Junior-Retter | erworben am: |  |                      |
| <input type="checkbox"/> DRSA Bronze   | erworben am: |  | letzte Wiederholung: |
| <input type="checkbox"/> DRSA Silber   | erworben am: |  | letzte Wiederholung: |

Ich habe bereits ein Praktikum als Wasserretter absolviert:

zuletzt im Jahr  in

## Angaben zum gewünschten Einsatz

|                      |                |
|----------------------|----------------|
| Einsatz vom/ bis/ am | Kulkwitzer See |
|                      | Einsatzort     |
| Einsatz vom/ bis/ am | Kulkwitzer See |
|                      | Einsatzort     |
| Einsatz vom/ bis/ am | Kulkwitzer See |
|                      | Einsatzort     |

Mir ist bekannt, dass mit dieser Tätigkeit Risiken verbunden sind. Ich bin mir bewusst, dass diese Risiken erhöht werden, wenn gesundheitliche Einschränkungen vorliegen. Ich erkläre hiermit, dass der o.g. Praktikant gesund ist und keine bekannten Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit vorliegen. Insbesondere erkläre ich, dass er frei von meldepflichtigen, ansteckenden Erkrankungen st. (Bei Zweifel bitte den Hausarzt ansprechen.)

|            |   |  |
|------------|---|--|
|            |   |  |
| Ort, Datum | Name, Vorname des Sorgeberechtigten bzw. des bestellten Betreuers | Unterschrift des Sorgeberechtigten bzw. des bestellten Betreuers |