

## Bestätigung für die Schülerin oder den Schüler, die Schule und den Praxislernort (Schuljahr 2025/2026)

Schüler/-in .....  
(Name, Vorname)

Schule Schule Am Sternsee, Förderschule für Körperbehinderte Klassenstufe: 8  
(Name/Bezeichnung)

Notfallnummer: .....

Ich willige ein, dass im Notfall die o.g. Notfallnummer verwendet werden darf.

.....  
(Unterschrift der Schülerin/des Schülers)

.....  
(Unterschrift Elternteil/gesetzlicher Vertreter)

Oben genannte Schülerin bzw. genannter Schüler kann den Praxislernort an folgenden Tagen besuchen:

**1. Schulhalbjahr**

Datum
21.08.25
04.09.25
18.09.25
02.10.25
30.10.25
13.11.25
27.11.25
11.12.25
08.01.26
22.01.26

**2. Schulhalbjahr**

Datum
12.02.26
26.02.26
12.03.26
16.04.26
30.04.26
04.06.26
18.06.26

### Schule

.....  
(zuständige Lehrkraft)

.....  
(stellvertretende Lehrkraft)

.....  
(E-Mail-Adresse, Telefon)

Stempel/Siegel und Signatur

### Praxislernort

.....  
(Name/Bezeichnung)

.....  
(Praxismentor:in) / Vertretung

.....  
(E-Mail-Adresse, Telefon)

Stempel/Siegel und Signatur