

## Bestätigung für die Schülerin oder den Schüler, die Schule und den Praxislernort

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 voraussichtlich folgenden Tagen besuchen:

**1. Schulhalbjahr**

| Datum    |
|----------|
| 03.09.26 |
| 17.09.26 |
| 01.10.26 |
| 15.10.25 |
| 12.11.26 |
| 26.11.26 |
| 10.12.26 |
| 07.01.27 |
| 21.01.27 |
|          |
|          |
|          |

**2. Schulhalbjahr**

| Datum    |
|----------|
| 11.02.27 |
| 25.02.27 |
| 11.03.27 |
| 01.04.27 |
| 15.04.27 |
| 29.04.27 |
| 13.05.27 |
| 03.06.27 |
| 17.06.27 |
| 01.07.27 |
|          |
|          |

### 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