

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

Schüler/-in
(Name, Vorname)

Schule Schule Am Sternsee, Förderschule für Körperbehinderte Klassenstufe: **9**
(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
27.08.26
10.09.26
24.09.26
08.10.26
05.11.26
19.11.26
03.12.26
17.12.26
14.01.27
28.01.27

2. Schulhalbjahr

Datum
18.02.27
04.03.27
18.03.27
08.04.27
22.04.27
27.05.27
10.06.27
24.06.27

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