

Stundennachweis für das gelenkte Praktikum FOS Klasse 11 alle Fachrichtungen

Zwischen dem Praktikumsbetrieb			und der Pr dem Prakt	aktikantin/ ikanten
Firmenname:			Name	:
			Vorname	
Betreuer/in:			Straße	::
Straße:			PLZ, Wohnor	:
PLZ, Ort:			Geburtsdatum	:
Telefon:			gesetzl. Vertreter/ir	:
Fax:			Telefor	:
E-Mail:			E-Mai	:
Kalenderwoche vom:	Anzahl Arbeitsstd.	Anzahl Fehlstd.	Bemerkungen	Unterschrift Praktikumsbetreuer/in

Kalenderwoche vom:	Anzahl Arbeitsstd.	Anzahl Fehlstd.	Bemerkungen	Unterschrift Praktikumsbetreuer/in



Datum/ Kalenderwoche	Anzahl Arbeitsstd.	Anzahl Fehlstd.	Bemerkungen	Unterschrift Praktikumsbetreuer/in