Schule	Praktikumsbetrieb

## Tätigkeitsnachweis in der Fachpraktischen Ausbildung

Name, Vorname der Schülerin oder des Schülers	Geburtsdatum	Klasse	Schuljahr
Ausbildungsrichtung	Tätigkeitszeitraum (von –	bis)	Anzahl der Praktikumswochen
Betreuerin oder Betreuer in der Praktikumsstelle	Betreuungslehrkraft der S	chule	

Abteilung / Einsatzbereich:
Wöchentliche Arbeitszeit des Betriebes in Vollzeit: Stunden
Ausbildungsinhalte, Tätigkeiten (stichpunktartige, fachlich fundierte Erläuterung)

Hiermit bestätigen wir die Tä	itigkeiten im Rahmen der fachpra	aktischen Ausbildung wie
oben angegeben.		
Datum:	Datum:	Datum:
Schülerin oder Schüler (Unterschrift)	Praktikumsstelle (Stempel, Unterschrift)	Schule (Stempel, Unterschrift)
(Ontorsormit)	(Otompel, Ontersollint)	(Otomper, Ontersormit)

Name, Vorname der Schülerin oder des Schülers	Klasse	Tätigkeitszeitraum (von – bis)

## Anlage zum Tätigkeitsnachweis – Fehlzeiten (ganze Fehltage ankreuzen)

Woche von – bis (Datum)	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Summe
Gesamt:						
n Tätigkeitszeitraum erfolg liermit bestätigen wir die Fe ngegeben.						dung wie oben
Datum:	_ Datum:				Datum:	
Schülerin oder Schüler	Praktikumsstelle (Stempel, Unterschrift)			Schule		