

Übersicht über die Nachholung von Fehltagen

Praktikumsstelle	
Name des Schülers/der Schülerin	
Klasse	

Hiermit bestätigen wir, dass o.g. Schüler/in folgende krankheitsbedingte
 Praktikumstage in unserem Unternehmen/ unserer Einrichtung nachgeholt hat.

Datum	Arbeitszeit	Tätigkeiten (vom Schüler auszufüllen)	Unterschrift

DATUM:	STEMPEL DER AUSBILDUNGSSTÄTTE UND UNTERSCHRIFT ANLEITER/IN
---------------	---

KORREKTHEIT GEPRÜFT:

KÜRZEL FPA-BETREUER