



RÜCKMELDEFORMULAR

Berufspraktische Tage

Termin: _____

Name des Schülers/der Schülerin _____

Klasse: _____

Firma: _____

Adresse: _____

AnsprechpartnerIn: _____

Beruf: _____

Arbeitszeit: _____

besondere Arbeitskleidung: _____

Ich bestätige, dass der Schüler/die Schülerin in meinem Unternehmen die
Berufspraktischen Tage absolvieren darf.

(Unterschrift/Firmenstempel)