



Name: _____

Jahr: _____

Praktikumsnachweis für den Monat: _____

Klasse: _____

Arbeitsstunden im Betrieb, vom Praktikanten auszufüllen, vom Betrieb zu bestätigen.

Krankheitstage sind mit „K“, Ferien mit „F“ zu kennzeichnen.

Rückgabe in der Schule spätestens bis zum 10. Tag des Folgemonats.

	Montag	Dienstag	Mittwoch
Datum:			
Beginn			
Ende			
Arbeitsstunden je Tag*			
Arbeitsstunden je Woche*			

*ohne Pausen

	Montag	Dienstag	Mittwoch
Datum:			
Beginn			
Ende			
Arbeitsstunden je Tag*			
Arbeitsstunden je Woche*			

*ohne Pausen

	Montag	Dienstag	Mittwoch
Datum:			
Beginn			
Ende			
Arbeitsstunden je Tag*			
Arbeitsstunden je Woche*			

*ohne Pausen

	Montag	Dienstag	Mittwoch
Datum:			
Beginn			
Ende			
Arbeitsstunden je Tag*			
Arbeitsstunden je Woche*			

*ohne Pausen

Arbeitsstunden / Monat:	
-------------------------	--

Wir bestätigen die Richtigkeit der Angaben

Unterschrift des Praktikanten

Datum

Unterschrift der/des Betreuenden im
Praktikumsbetrieb und Firmenstempel

