

Übersicht über die Nachholung von Fehltagen

Praktikumsstelle	
Name des Schülers	
Klasse	

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

Datum	Arbeitszeit	Tätigkeiten (vom Schüler / von der Schülerin auszufüllen)

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

KORREKTHEIT GEPRÜFT:

--

KÜRZEL FPA-ANLEITUNG