

Hans Schickelgruber-Str. 7
3100 St. Pölten
aso.stpoelten-mitte@noeschule.at



Tel: 02742 / 32314-61
Fax: 02742 / 32314-69
www.spzstpoelten-mitte.ac.at

Name des Schülers: **Klasse:**

BESTÄTIGUNG

Schnupperbetrieb:

Anschrift, Tel./FAX:

.....

Branche/Lehrberuf:

Verantwortliche(r) in der Firma laut § 44a SchUG:

Der Schüler/die Schülerin

absolviert in unserem Betrieb die Berufspraktische(n) Tage/Woche.

Termin: 5.3.2018 bis 9.3.2018

Tägl. Arbeitsbeginn: Arbeitsende:

Pausenzeiten:

Das Informationsblatt wurde im Betrieb abgegeben.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Bestätigung der Eltern

Ich bin einverstanden, dass mein Sohn/meine Tochter

von.....bis im oben genannten Betrieb, im Rahmen der
Berufspraktischen Tage/Woche tätig ist.

Ich gebe mein Einverständnis, dass mein Kind in firmeneigenen Kraftfahrzeugen
mitfahren darf. Das Informationsblatt habe ich zur Kenntnis genommen.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Diese Bestätigung ist bis spätestens 26.2.2018 in der Schule abzugeben!