

Hans Schickelgruber-Str. 7  
3100 St. Pölten  
[aso.stpoelten-mitte@noeschule.at](mailto:aso.stpoelten-mitte@noeschule.at)



Tel: 02742 / 32314-61  
Fax: 02742 / 32314-69  
[www.spzstpoelten-mitte.ac.at](http://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: bis**

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 in der Schule abzugeben!***