



Anlage 1

Bestätigung für die Schülerin oder den Schüler, die Schule und den Praxislernort

Schüler/in
(Name, Vorname)

Schule Gemeinschaftsschule der CJD Christophorusschulen Droyßig Klassenstufe: 8
(Name/Bezeichnung)

Notfallnummer:

Ich willige ein, dass im Notfall die o.g. Notfallnummer verwendet werden darf.

.....
(Unterschrift der Schülerin/des Schülers)

.....
(Unterschrift Elternteil/gesetzlicher Vertreter)

Oben genannte Schülerin bzw. genannter Schüler kann den Praxislernort an folgenden Tagen besuchen (jeweils dienstags):

1. Schulhalbjahr

Datum
28.09.2021
12.10.2021
02.11.2021
16.11.2021
30.11.2021
14.12.2021.
18.01.2022
01.02.2022

Schule

Praxislernort

Susanne Jugl-Sperhake
(zuständige Lehrkraft)

.....
(Name/Bezeichnung)

.....
(stellvertretende Lehrkraft)

.....
(Praxismentorin/Praxismentor) / Vertretung

direktion-droyssig@cjd.de 034425/30030
(E-Mail-Adresse, Telefon)

.....
(E-Mail-Adresse, Telefon)

Stempel/Siegel und Signatur

Stempel/Siegel und Signatur



Anlage 1

Bestätigung für die Schülerin oder den Schüler, die Schule und den Praxislernort

Schüler/in
(Name, Vorname)

Schule Gemeinschaftsschule der CJD Christophorusschulen Droyßig Klassenstufe: 8
(Name/Bezeichnung)

Notfallnummer:

Ich willige ein, dass im Notfall die o.g. Notfallnummer verwendet werden darf.

.....
(Unterschrift der Schülerin/des Schülers)

.....
(Unterschrift Elternteil/gesetzlicher Vertreter)

Oben genannte Schülerin bzw. genannter Schüler kann den Praxislernort an folgenden Tagen besuchen (jeweils dienstags):

2. Schulhalbjahr

Datum
22.02.2022
08.03.2022
22.03.2022
05.04.2022
26.04.2022
07.06.2022
21.06.2022

Schule

Praxislernort

Susanne Jugl-Sperhake.....
(zuständige Lehrkraft)

.....
(Name/Bezeichnung)

.....
(stellvertretende Lehrkraft)

.....
(Praxismentorin/Praxismentor) / Vertretung

direktion-droyssig@cjd.de 034425/30030.....
(E-Mail-Adresse, Telefon)

.....
(E-Mail-Adresse, Telefon)

Stempel/Siegel und Signatur

Stempel/Siegel und Signatur