



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: 9
(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 mittwochs):

1. Schulhalbjahr

Datum
29.09.2021
13.10.2021
03.11.2021
17.11.2021
01.12.2021
15.12.2021
19.01.2022
02.02.2022

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



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

Schüler/in
(Name, Vorname)

Schule **Gemeinschaftsschule der CJD Christophorusschulen Droyßig** Klassenstufe: **9**
(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 mittwochs):

2. Schulhalbjahr

Datum
23.02.2022
09.03.2022
06.04.2022
27.04.2022
04.05.2022
08.06.2022
22.06.2022

Schule

Susanne Jugl-Sperhake
(zuständige Lehrkraft)

.....
(stellvertretende Lehrkraft)

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

Stempel/Siegel und Signatur

Praxislernort

.....
(Name/Bezeichnung)

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

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

Stempel/Siegel und Signatur