



Anlage 1

Bestätigung für die Schülerin oder den Schüler, die Schule und den Praxislernort 2022/23

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	
20.09.2022	
04.10.2022	danach BRAFO Modul 2 und Herbstferien
15.11.2022	
29.11.2022	
13.12.2022	danach Weihnachtsferien
10.01.2023	
24.01.2023	danach Winterferien und Wechsel des Praxisortes!

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



Anlage 1

Bestätigung für die Schülerin oder den Schüler, die Schule und den Praxislernort 2022/23

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
21.02.2023
07.03.2023
21.03.2023
09.05.2023
23.05.2023
06.06.2023
20.06.2023

danach Osterferien und Sozialpraktikum

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