



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: **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	
21.09.2022	
05.10.2022	
19.10.2022	danach Herbstferien
16.11.2022	
30.11.2022	
14.12.2022	danach Weihnachtsferien
11.01.2023	
25.01.2023	danach Winterferien und Wechsel des Praxisortes!

Schule

Susanne Jugl-Sperhake
(zuständige Lehrkraft)

.....
(stellvertretende Lehrkraft)

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

Praxislernort

.....
(Name/Bezeichnung)

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

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

Stempel/Siegel und Signatur

Stempel/Siegel und Signatur



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: **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	
22.02.2023	danach Betriebspraktikum
22.03.2023	danach Osterferien
12.04.2023	
26.04.2023	
10.05.2023	
07.06.2023	
21.06.2023	

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