



Bestätigung für die Schülerin oder den Schüler, die Schule und den Praxislernort 2023/24

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	
13.09.2023	
27.09.2023	
11.10.2023	danach Herbstferien
08.11.2023	
22.11.2023	
06.12.2023	danach Weihnachtsferien
10.01.2024	
24.01.2024	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 2023/24

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	
21.02.2024	danach Betriebspraktikum
06.03.2024	
20.03.2024	danach Osterferien
10.04.2024	danach Betriebspraktikum
08.05.2024	danach Pfingstferien
29.05.2024	
12.06.2024	

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