



Polytechnische Schule St. Pölten

Hans-Schickelgruber-Str. 7
3100 St. Pölten

Tel.: 02742 32 314-50
Fax: 02742 32 314-59
pts.stpoelten@noeschule.at

Name der Schülerin/des Schülers: Klasse:

BESTÄTIGUNG

Schnupperbetrieb:

Anschrift, Tel./FAX:

.....

Branche/Lehrberuf:

Verantwortliche(r) in der Firma laut § 44a SchUG:

Die Schülerin/der Schüler

absolviert in unserem Betrieb die Berufspraktische(n) Tage/Woche.

Termin:

Tägl. Arbeitsbeginn: Arbeitseende:

Pausenzeiten:

Das Informationsblatt wurde im Betrieb abgegeben.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Bestätigung der Eltern

Ich bin einverstanden, dass meine Tochter/mein Sohn

von.....bis im oben genannten Betrieb, im Rahmen der Berufspraktischen Tage/Woche tätig ist.

Ich gebe mein Einverständnis, dass mein Kind in firmeneigenen Kraftfahrzeugen mitfahren darf. Das Informationsblatt habe ich zur Kenntnis genommen.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Diese Bestätigung ist bis spätestens in der Schule abzugeben!