



BERUFSPRAKTISCHE TAGE

Name des Schülers, Klasse	
Telefonnummer eines erreichbaren Erziehungsberechtigten	
Firmeninhaber	
Firmenname	
Branche	
Anschrift, Telefon	
Ansprechperson (Telefon)	
Tägl. Beginnzeit 7:00-17:00 Mittagspause (von-bis)	
Web-Adresse*	
Pol. Bezirk	

*durch die Angabe der Web-Adresse ist die Firma mit einer Verlinkung auf unserer Schulhomepage einverstanden.

Die Firma erklärt sich bereit, den Schüler/die Schülerin im Rahmen der
„Berufspraktischen Tage“

vom _____ bis _____
aufzunehmen.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Unterschrift Betrieb

Die Kollegen/innen und der Leiter der PTS des Schulvereins Sta. Christiana bedanken sich recht herzlich, dass Sie dem Schüler / der Schülerin im Rahmen der Berufspraxis die Möglichkeit bieten, Einblick und Erfahrung im gewählten Beruf zu bekommen.

Während dieser Tage ist der/die Schüler/in über die AUVA versichert.

Herr **Wallmüller Rene, vL NMS Dipl.-Päd.**

(Tel.:0699/11009132 bzw. E-Mail rene.wallmueller@stachristiana.at) ist in dieser Zeit der schulische Betreuer und wird mit Ihnen während der Praxis Kontakt aufnehmen.