

Vereinbarung für das FMS-Praktikum 2025 der 1. Klassen der FMS

Name: _____ Vorname: _____ Betreuende Lehrperson: _____

Klasse: _____ Berufsfeld: _____

	1. Woche	2. Woche	3. Woche
	<input type="checkbox"/> <i>im Berufsfeld</i>	<input type="checkbox"/> <i>im Berufsfeld</i>	<input type="checkbox"/> <i>im Berufsfeld</i>
Name/Institution			
Abteilung			
Strasse			
PLZ/Ort			
Name Kontaktperson			
Tel. Kontaktperson			
Mail Kontaktperson			
Art der Beschäftigung im Praktikum			

Ort/Datum: _____ Unterschrift (Schüler:in): _____ Unterschrift Lehrperson: _____