



VERPFLICHTUNGSFORMULAR UND INFORMATION

Name des Auszubildenden : _____

Vorname _____

Klasse :

Ausbildungsdauer : von/...../20... bis...../...../20..

Und von/...../20... bis/...../20..

Name des Unternehmens _____

Adresse : _____

Adresse der Praktikumsstelle : _____

Abteilung : _____

Telefonnummer _____

Fax _____

E-mail _____ @ _____

Firmentätigkeiten: _____

Handelsregisternummer: _____

Anzahl der Mitarbeiter: _____

Versicherungsgesellschaft: Name..... Nummer

Rechsträger im Unternehmen : _____

Funktion : _____

Telefonnummer : _____

Betreuer : _____

Funktion im Unternehmen : _____

MONTAG	:.....-.....=.....h	
DIENSTAG	:.....-.....=.....h	
MITTWOCH	:.....-.....=.....h	
DORNERSTAG	:.....-.....=.....h	
FREITAG	:.....-.....=.....h	
SAMSTAG	:.....-.....=.....h	
ZONNTAG	:.....-.....=.....h	
TOTAL		35 h

Öffnungszeiten des Unternehmens (Schließtage bitte streichen)

M O - D I E - M I - D O - F R - S A

Datum:/...../..

Name

Unterschrift und Stempel des Unternehmens

Unterschrift auf der Lehrer

Funktion immerhalb des Unternehmens :