

Berufsfachschule für sozialpädagogische Assistenz

 Karl-Schrader-Straße 7-8, 10781 Berlin, Tel.: 030-21730-240/242

Stundennachweis für das Praktikum in der BFS SOZ, Schuljahr: 20__ / __

 Name _____ Vorname _____ Klasse _____

 Kürzel: **K** (Krankheit) **V** (Verspätung) **F** (Ferien u. Feiertag) **S** (Schließtag)

<i>Woche</i>		Mo	Di	Mi	Do	Fr	Kürzel*
1	Datum						
	Stunden						
	Anleitung**						
2	Datum						
	Stunden						
	Anleitung**						
3	Datum						
	Stunden						
	Anleitung**						
4	Datum						
	Stunden						
	Anleitung**						
5	Datum						
	Stunden						
	Anleitung**						

* Lehrkraft bitte Kürzel setzen!

** Anleitung bitte Kürzel setzen!

Berufsfachschule für sozialpädagogische Assistenz

Karl-Schrader-Straße 7-8, 10781 Berlin, Tel.: 030-21730-240/242

<i>Woche</i>		Mo	Di	Mi	Do	Fr	Kürzel*
6	Datum						
	Stunden						
	Anleitung**						
7	Datum						
	Stunden						
	Anleitung**						
8	Datum						
	Stunden						
	Anleitung**						
9	Datum						
	Stunden						
	Anleitung**						
10	Datum						
	Stunden						
	Anleitung**						

DATUM

UNTERSCHRIFT DER PRAKTIKANTIN / DES PRAKTIKANTEN

STEMPEL DER EINRICHTUNG

UNTERSCHRIFT DER ANLEITERIN / DES ANLEITERS