

SCHNUPPERLEHRE

Oberstufe Altstätten

Schulhaus: _____

Lehrperson: _____

Name/Vorname Schüler/Schülerin _____ Klasse: _____

Datum: vom _____ bis _____

Berufsbezeichnung: _____

Firma: _____

Tel.-Nr. Firma: _____

Ansprechperson: _____

Datum/Unterschrift Eltern: _____

Entscheid Klassenlehrperson: ja nein

Datum/Unterschrift Lehrperson: _____

Bestätigung: Wir bestätigen, dass obige Schnupperlehre in unserer Firma absolviert wurde.

Datum: _____ Stempel/Unterschrift: _____