

Kenntnisnahme Praktikum

Vorname Name:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme, dass das Bildungsziel ohne Praktikum nicht zu erreichen ist und eine Nichtzulassung zur Berufsabschlussprüfung erfolgen wird.

Unterschrift

Datum

Volljährig

Unterschrift der Eltern

Datum

Minderjährig