

Name: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Vorname: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Anschrift:Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Klasse: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Zweiter Ausbildungsabschnitt** Wählen Sie ein Element aus.

In den Schuljahren Klicken Sie hier, um Text einzugeben.beabsichtige ich mein integriertes Berufspraktikum in folgender Einrichtung abzuleisten:

Anschrift der Einrichtung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Straße: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Ort: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Telefon, Fax: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Leitung des Berufspraktikums: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Mit der Einrichtung liegt ein hauptberufliches Beschäftigungsverhältnis

als: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

mit einem Stundenumfang von mindestens 50 Prozent einer vollen Stelle vor.

**Der Nachweis zur berufspädagogischen Fort- und Weiterbildung, gem. § 9, Abs. 1 Fachschulverordnung Sozialwesen vom 28. März 2012, GVBl, S. 50 liegt vor.**

**Über Änderungen werde ich die Schule umgehend informieren.**

Ich bitte um Zulassung zum integrierten Berufspraktikum.

Trier, Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Schülerin/Schüler

Kenntnisnahme durch die/den KlassenleiterIn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift

**Dem Antrag wird zugestimmt.**

Trier, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bereichsleitung Fachschulen