

**Nachweis der Praktikumszeit** (Praxisblock \_\_\_\_\_ )

Schüler/in: \_\_\_\_\_

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Ist	Soll	Kürzel		
August	Stunden																																				
September	Stunden																																				
Oktober	Stunden																																				
November	Stunden																																				
Dezember	Stunden																																				
Januar	Stunden																																				

Die regelmäßige tägliche Arbeitszeit in der Ausbildungseinrichtung beträgt

in der Frühschicht von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr = \_\_\_\_\_ Stunden

in der Mittelschicht von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr = \_\_\_\_\_ Stunden

in der Spätschicht von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr = \_\_\_\_\_ Stunden

**Zahl** =  
Arbeitszeit

**S** = Schule

**K** = Krank

**F** = Frei

**FF** = Frei für  
Feiertage

Datum u. Unterschrift der Schülerin/des Schülers

Datum u. Unterschrift der Praxisanleiterin/des Praxisanleiters  
Stempel des Praktikumsbetriebes:





### Nachweis der Praktikumszeit (Praxisblock \_\_\_\_\_ )

Schüler/in: \_\_\_\_\_

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Ist	Soll	Kürzel			
Februar	Stunden																																					
März	Stunden																																					
April	Stunden																																					
Mai	Stunden																																					
Juni	Stunden																																					
Juli	Stunden																																					

Die regelmäßige tägliche Arbeitszeit in der Ausbildungseinrichtung beträgt

in der Frühschicht von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr = \_\_\_\_\_ Stunden

in der Mittelschicht von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr = \_\_\_\_\_ Stunden

in der Spätschicht von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr = \_\_\_\_\_ Stunden

**Zahl** =  
Arbeitszeit

**S** = Schule

**K** = Krank

**F** = Frei

**FF** = Frei für  
Feiertage

\_\_\_\_\_  
Datum u. Unterschrift der Schülerin/des Schülers

\_\_\_\_\_  
Datum u. Unterschrift der Praxisanleiterin/des Praxisanleiters

Stempel des Praktikumsbetriebes: