

Berufsbildende Schule Donnersbergrkreis Rockenhausen

Klasse: HBFMT Name: _____

Praktikumsbetrieb: _____

Woche vom: _____ bis _____

Wochenbericht Nr.: _____ Abteilung: _____

Tag	Ausgeführte Arbeiten, Unterricht, Unterweisungen	Einzelstunden	Gesamtstunden
Montag			
Dienstag			
Mittwoch			
Donnerstag			
Freitag			
Wochenstunden			

Für die Richtigkeit:

_____ Datum

_____ Unterschrift des Praktikanten

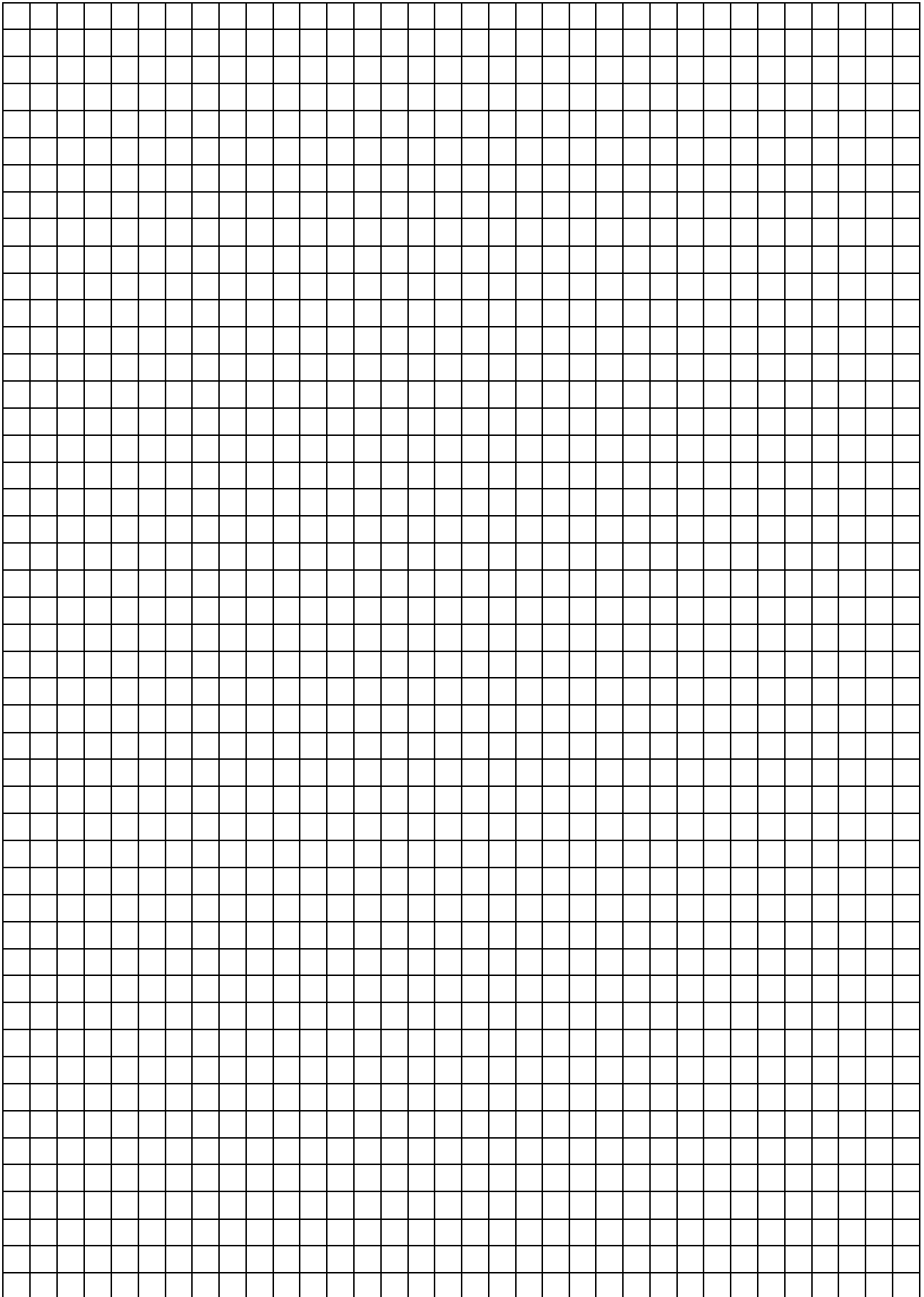
_____ Datum

_____ Stempel und Unterschrift des Praktikumsbetriebes / Betreuers

_____ Datum

_____ Unterschrift des betreuenden Lehrers

**Berufsbildende Schule Donnersbergrkreis
Rockenhausen**



**Berufsbildende Schule Donnersbergkreis
Rockenhausen**