**Information über Fehlzeiten im Berufspraktikum**

**in der berufsbegleitenden Ausbildung**

**zur Vorlage bei der Zeugnisausgabe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Frau/Herr |  | | | | | Klasse: | |  |
| war in der Zeit vom | |  | bis zum |  | | | |  |
| in unserer Einrichtung während der berufsbegleitenden Ausbildung im zweiten und dritten Ausbildungsjahr im integrierten Berufspraktikum tätig. | | | | | | | | | |
| In dieser Zeit entstanden folgende Fehlzeiten (außer Urlaub und Arbeitsgemeinschaften): | | | | |  | | Stunden | | |

FSVO §11(4) „Das Berufspraktikum dauert unabhängig vom Zeitpunkt der Abschlussprüfung vierundzwanzig Monate“.

Es beginnt am 01.08. im zweiten Ausbildungsjahr und endet zwei Jahre später am 31.07. Betragen Ausfallzeiten infolge Krankheit mehr als 154 Arbeitsstunden, so verlängert sich das integrierte Berufspraktikum um die darüber hinausgehende Zeit.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Ort) |  | (Datum) |

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(Unterschrift der Berufspraktikantin / des Berufspraktikanten)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Name und Anschrift der Praktikumsstelle*

*(Unterschrift der anleitenden Fachkraft) Stempel*

**Bestätigung der Nacharbeit: (nur falls nötig)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Die Praktikantin/der Praktikant hat in der Zeit vom | |  | bis zum |  |
|  | Stunden nachgearbeitet. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Ort) |  | (Datum) |

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(Unterschrift der Berufspraktikantin / des Berufspraktikanten)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Name und Anschrift der Praktikumsstelle*

*(Unterschrift der anleitenden Fachkraft) Stempel*