



Anwesenheitsnachweis für das Schülerbetriebspraktikum von

Name des Schülers / der Schülerin _____ Klasse 9__ Integrierte Gesamtschule
des Landkreises Kassel

Zeitraum: **03.02.2027 – 09.06.2027**

Praktikumsbetrieb _____

Mittelring 20
34246 Vellmar
Telefon 05 619 82 66.0

Ansprechperson im Betrieb _____

Datum	Tag	Arbeits- beginn	Arbeits- ende	Arbeits- zeit	Besondere Vorkommnisse
03.02.	Mittwoch				
10.02.	Mittwoch				
17.02.	Mittwoch				
24.02.	Mittwoch				
03.03.	Mittwoch				
10.03.	Mittwoch				
17.03.	Mittwoch				
07.04	Mittwoch				
14.04.	Mittwoch				
21.04.	Mittwoch				
28.04.	Mittwoch				
05.05.	Mittwoch				
12.05.	Mittwoch				
19.05.	Mittwoch				
26.05.	Mittwoch				
02.06.	Mittwoch				
09.06.	Mittwoch				
16.06.	Mittwoch	Schulentlassfeier und Zeugnisausgabe			

Bemerkungen:

Ort, Datum, Unterschrift des Ausbilders / der
Ausbilderin (Stempel des Praktikumsbetriebes)