

Name: _____

Woch- tage/ Schule	Std	Gesamt- stunden	Ausgeübte Tätigkeiten, Unterweisungen, Unterricht, in Tages- oder Wochenbericht	Ausbild- verordnung lfd. Nr. *
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				
Sonntag				
	Ausbil- dungs- stunden		Bemerkung:	

Fehltage: _____ Urlaub _____ Krank _____ Sonstiges _____

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben Datum: _____ Unterschrift: _____ _____ Auszubildende/r	Kenntnis genommen Datum: _____ Unterschrift: _____ _____ Ausbilder/in, Ausbildungsbeauftragte/r	Kenntnis genommen Datum: _____ Unterschrift: _____ _____ Gesetzliche/r Vertreter/in
--	---	---

* Der Verweis auf die laufenden Nummern der Berufsbildpositionen ist optional