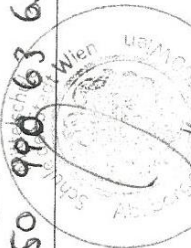


Wir danken für Ihre Bereitschaft, unsere Schülerin/unsere Schüler die berufspraktischen Tage bei Ihnen absolvieren zu lassen. Wir ersuchen um Ergänzung untenstehender Informationen für die Schule.

**Der Schüler/die Schülerin ist privat krankenversichert, von der Schule unfallversichert und durch das BWI – Berufsinformation der Wiener Wirtschaft, 1180 Wien, haftpflichtversichert.**

**MITTELSCHULE  
ABSBERGGASSE 50  
1100 WIEN**

1) SCHÜLER_IN		2) SCHULE		3) BETRIEB	
Nachname:					
Vorname:					
Geburtsdatum:		Geschlecht:			
		m		w	
Straße & Nummer:					
PLZ:		Ort:			
Telefon (Schüler_in):					
SVNr.		Allergien, etc.:			
Name Erziehungsberechtigte(r):					
E-Mail (Schüler_in):					
Telefon (Erziehungsberechtigte(r)):					
<i>Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind an den Berufspraktischen Tagen teilnimmt.</i>					
.....		Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)		.....	
		Rundstempel/Unterschrift		.....	
		Langstempel (mit Angabe der Telefon- & Faxnummer)		Firmenstempel (mit Angabe der Telefon- & Faxnummer)	
		Schule der Stadt Wien Mittelschule Absberggasse sportlich-sozialer Schulmarkt Absberggasse 50, 1100 Wien St.Nr. 210372		Kontaktperson im Betrieb:	
		011 607 20 10		Erprobter (Lehr)Beruf:	
		Klasse des Schülers/der Schülerin:		Datum der Berufspraktischen Tage:	
		Projektleiter_in: Klemm SCHOLDA		von 17.10. bis 21.10.2022	
		Telefon BPT Leiter_in (optional): 0650 990 63 65		Täglicher Arbeitsbeginn/-ende: von bis Uhr	
				Sonstiges:	
		.....		.....	
		Unterschrift/Unterschrift		Unterschrift	

**Info für den Lehrbetrieb:** Kopieren Sie Sich das Datenblatt, um alle Daten auch in Ihrem Betrieb jederzeit zur Verfügung zu haben. Geben Sie das Original bitte der Schülerin/dem Schüler wieder mit.

EA/BA