

Maßnahme: Ausbildung Altenpflege

Anwesenheit während der praktischen Ausbildung

Monat:

| | |
|--|--|
| <p>Bildungsträger: mediCampus - Gesundheitsfachberufe F + U Sachsen gGmbH Berufsfachschule für Altenpflege Rochlitzer Straße 29, 09111 Chemnitz Telefon 0371 / 6660157 Fax-Nr. 0371 / 6660122</p> | Einrichtung der praktischen Ausbildung: (Stempel) |
|--|--|

Name der Schülerin / des Schülers:

| Datum = Tag im Monat (siehe oben) und Wochentag: | Dienstzeit von – bis: | nicht anwesend wegen: K = Krankheit E = Fehltag entschuldigt F = Fehltag unentschuldigt | Bestätigung durch: PDL / WBL / Mentor |
|---|-----------------------|--|--|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |
| 7. | | | |
| 8. | | | |
| 9. | | | |
| 10. | | | |
| 11. | | | |
| 12. | | | |
| 13. | | | |
| 14. | | | |
| 15. | | | |
| 16. | | | |
| 17. | | | |
| 18. | | | |
| 19. | | | |
| 20. | | | |
| 21. | | | |
| 22. | | | |
| 23. | | | |
| 24. | | | |
| 25. | | | |
| 26. | | | |
| 27. | | | |
| 28. | | | |
| 29. | | | |
| 30. | | | |
| 31. | | | |

Soll (Stunden laut Jahresübersicht):

Ist (tatsächlich gearbeitet): /

Begründung, wenn Soll/Ist nicht übereinstimmend:

.....

Datum der Einreichung:

Unterschrift Schüler/in: