**Monatsnachweis über die Anwesenheit der Praktikant/-innen in der Praktikumsstelle**

|  |  |
| --- | --- |
| Louise-Schroeder-SchuleBrunhildenstraße 5565189 WiesbadenFachoberschule Fachrichtung GesundheitName der Praktikantin/des Praktikanten: Praktikumsstelle:**Tätigkeitsnachweis für Monat:** | **Praktikumsstelle**(Name und Anschrift):  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum: | Datum: | Datum: |
| Arbeitszeit: | Arbeitszeit: | Arbeitszeit: |
|   |   |   |
| Datum: | Datum: | Datum: |
| Arbeitszeit: | Arbeitszeit: | Arbeitszeit: |
|   |   |   |
| Datum: | Datum: | Datum: |
| Arbeitszeit: | Arbeitszeit: | Arbeitszeit: |
|   |   |   |
| Datum: | Datum: | Datum: |
| Arbeitszeit: | Arbeitszeit: | Arbeitszeit: |
|   |   |   |
| Datum: | Datum: | Datum: |
| Arbeitszeit: | Arbeitszeit: | Arbeitszeit: |
|   |   |   |

**Legende: K** für Krank; **U** für Urlaub; **FREI** für freien Tag

|  |
| --- |
| Bemerkungen: Ereignisse, Anforderungen, Herausforderungen\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Datum: Datum:

Unterschrift des Praktikanten/ der Praktikantin: Stempel/Unterschrift Praktikumsstelle: