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

|  |  |
| --- | --- |
| Louise-Schroeder-Schule  Brunhildenstraße 55  65189 Wiesbaden  Fachoberschule Fachrichtung Gesundheit  Name 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: