



**Berufspraktische Tage**

Es wird bestätigt, dass der Schüler/ die Schülerin \_\_\_\_\_,  
aus der Klasse \_\_\_\_\_ im Zeitraum vom **Mi. 31.01.- Do. 01.02.2024**  
die berufspraktischen Tage der PTS Traun in unserem Betrieb absolvieren darf.

Schnupperberuf	
Arbeitszeit	

Name und Adresse des Lehrbetriebs:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kontaktperson:

Name: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Firmenstempel / Unterschrift / Datum

(für die Schule)

(für den Betrieb)



Name des Schnupperlehrlings	Klasse: _____
Zeitraum	<b>Mi. 31.01.- Do. 01.02.2024</b>
Schnupperberuf	
Abteilung/BetreuerIn	

Firmenstempel / Unterschrift / Datum