

BERUFSPRAKTISCHE WOCHEN/ÜBUNGEN - ERHEBUNGSBOGEN

Daten Schüler/in

FAMILIENNAME, Vorname

Sozialversicherungsnummer

Der Betrieb

FIRMENNAME

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Firmenstempel

erklärt sich bereit, an den **berufspraktischen Wochen/Übungen** der Polytechnischen Schule Mürzzuschlag teilzunehmen.

(zutreffende Woche/n bitte ankreuzen)

☐ **beide Wochen**

oder

☐ **(Woche 1): Mo, 13.10. – Fr, 17.10.2025** ☐ **(Woche 2): Mo, 20.10. – Fr, 24.10.2025**

Es wird die Möglichkeit geboten im Rahmen dieser Schulveranstaltung den **folgenden Beruf** kennen zu lernen:

Adresse der Werkstätte bzw. der **Einsatzorte** der SchülerInnen (falls anders als Firmenadresse):

--

Arbeitszeiten:

MO	von	bis	von	bis
DI	von	bis	von	bis
MI	von	bis	von	bis
DO	von	bis	von	bis
FR	von	bis	von	bis

Pausenzeiten:

Aufsichtsperson im Betrieb:

Name:

Telefonnummer:

Mitzubringende **Arbeitskleidung**:

--

Anmerkung oder **Wünsche** des Betriebes:

--

Ort, Datum

Unterschrift Betriebsleitung

Die Schüler/innen sind im Rahmen dieser Schulveranstaltung unfallversichert.
Die PTS bedanken uns für Ihre Mühen und steht für Rückfragen gerne zur Verfügung!