

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, 12.10. – Fr, 16.10.2026** ☐ **(Woche 2): Mo, 19.10. – Fr, 23.10.2026**

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:

Pausenzeiten:

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

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 bedankt sich für Ihre Mühen und steht für Rückfragen gerne zur Verfügung!