

Bestätigung der Teilnahme an der Berufsfelderkundung

Graf-Adolf-Gymnasium
Hofbauers Kamp 2-4
49545 Tecklenburg
S.Akamp / M.Spratte
berufsberatung@graf-adolff-gymnasium.de

Schülerdaten

Name	
Vorname	
Klasse	
Datum der Berufsfelderkundung	
Zeitraumen (von...bis...)	

Daten des Unternehmens

Unternehmen / Organisation	
Anschrift	
Berufsfeld	
Name und Vorname des Ansprechpartners	
Telefonnummer des Ansprechpartners	

Anmerkungen

Der / die oben genannte Schüler / Schülerin hat an der Berufsfelderkundung in unserem Unternehmen / unserer Organisation teilgenommen.

Unterschrift des Verantwortlichen im Unternehmen / in der Organisation
Stempel

Datum