



**Käthe-Kollwitz-Schule**  
**Höhere Berufsfachschule Sozialassistenten**

Georg-Voigt-Str.2, 35039 Marburg, Tel. 06421/685850, Fax 06421/68585-117

**Nachholzeiten in der Praxis außerhalb der Schulzeit**

\_\_\_\_\_  
Praxiseinrichtung

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Herr / Frau \_\_\_\_\_

wird in der Zeit vom \_\_\_\_\_

krankheitsbedingte Fehlzeiten außerhalb der Schulzeit nacharbeiten.

Während dieser Zeit besteht Versicherungsschutz über die Ausbildungsschule.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der betreuenden Lehrkraft

\_\_\_\_\_  
Kenntnisnahme der Praktikantin / des Praktikanten

\_\_\_\_\_  
Kenntnisnahme der Praxisanleiterin / des Praxisanleiters

\_\_\_\_\_  
Herr / Frau \_\_\_\_\_

hat in der Zeit vom \_\_\_\_\_

/ am \_\_\_\_\_

krankheitsbedingte Fehlzeiten außerhalb der Schulzeit nachgearbeitet.

Stempel

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift