| Berufsbildende Schulen „Geschwister Scholl“ Halberstadt | **TÄTIGKEITSBERICHT** | Fachoberschule Gesundheit und Soziales, Schwerpunkt Sozialwesen |
|---|---|---|

Name: _____ Blatt-Nr.: _____ SFN 051 b 1

| | | **T ä t i g k e i t e n** | Std. | Kz. |
|---|---|---|---|---|
| | Datum | Unterrichtswoche vom: bis: | | |
| Mo | | | | |
| Di | | | | |
| Mi | | | | |
| Do | | | | |
| Fr | | | | |
| | Datum | Unterrichtswoche vom: bis: | | |
| Mo | | | | |
| Di | | | | |
| Mi | | | | |
| Do | | | | |
| Fr | | | | |
| | Datum | Unterrichtswoche vom: bis: | | |
| Mo | | | | |
| Di | | | | |
| Mi | | | | |
| Do | | | | |
| Fr | | | | |
| | Datum | Unterrichtswoche vom: bis: | | |
| Mo | | | | |
| Di | | | | |
| Mi | | | | |
| Do | | | | |
| Fr | | | | |
| | Datum | Unterrichtswoche vom: bis: | | |
| Mo | | | | |
| Di | | | | |
| Mi | | | | |
| Do | | | | |
| Fr | | | | |

| Datum: _____ | Datum: _____ | Datum: _____ | Datum: _____ |
|---|---|---|---|
| Klassenleiter/in | Eltern | Schüler/in | Praktikumseinrichtung (mit Stempel) |