Anlage 2

Schulstempel

Stempel der Fachpraxisstelle

**Gesamtteilnehmerliste für die Schülerinnen/ Schüler im Koop. Modell**

**Monat ..... Jahr 200 ..**

Klassenbezeichnung

Ausbildungsberuf

**zuständige Stelle:** .....

| Reg. Nr. | Name Vorname | Anzahl der Ausbildungs-tage | Anzahl der gefehlten Tage davon | |
|---|---|---|---|---|
| | | | entschuldigt | unentschuldigt |
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |
| 26 | | | | |
| 27 | | | | |
| 28 | | | | |
| 29 | | | | |
| 30 | | | | |
| 31 | | | | |
| 32 | | | | |

Bestätigung: OSZ - Leitung