

Av. Général-Guisan 61a

1700 Freiburg

Tel: 026 347 15 80

sekretariat@dosf.ch / direktion@dosf.ch \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gesuch für: (**bitte ankreuzen!)  Vorstellungsgespräch ½ Tag

Infoveranstaltung ½ Tag

Schnupperlehre 2-5 Tage

(Wenn die Schnupperlehre während der Schulzeit stattfindet, ist das Gesuch mindestens

**5 Arbeitstage** vor dem Schnuppertermin einzureichen)

**Durch die Schülerin oder den Schüler auszufüllen:** Klasse:

Name und Vorname:

Adresse:

PLZ/Ort:

Dauer: vom       bis       Anzahl halbe Tage:

Lehrbetrieb:

Lehrberuf:

Unterschrift Schüler/in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bestätigungen**

**Eltern / gesetzl. Vertreter** (Unterschrift) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Klassenlehrperson** (Unterschrift) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bewilligung der Schuldirektion** (Unterschrift) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Absenz durch das Sekretariat eingetragen:

**Versicherungen:** Verantwortung beim Betrieb oder beim gesetzlichen Vertreter (Eltern)

**Unfall:** Gedeckt durch den Betrieb gemäss Vorschrift UVG  Ja  Nein

Durch den **Schnupperlehrling verursachte Schäden gegenüber Dritten**

Gedeckt durch die **Haftpflichtversicherung des Betriebes** Ja  Nein

Durch den **Schnupperlehrling verursachte Schäden gegenüber Dritten**

Gedeckt durch die **Haftpflichtversicherung des gesetzlichen Vertreters** (Eltern)  Ja  Nein

**Bestätigung des Betriebes** (nach der Schnupperlehre abzugeben im Sekretariat)

Verantwortliche Person\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Stempel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_