

Ausbildungsbetrieb:

Datum: _____

(Stempel der Ausbildungspraxis)

Telefax

089 233-48948

Städtische Berufsschule für
Zahnmedizinische Fachangestellte
Orleansstraße 4
81669 München

Entschuldigung der/des Auszubildenden durch den Ausbildungsbetrieb

Sehr geehrte/-r _____,
(Name der Klassenlehrerin/des Klassenlehrers)

unsere Auszubildende/unsere Auszubildender _____,

Klasse _____, kann heute wegen _____

nicht am Unterricht teilnehmen.

Unterschrift der/des Auszubildenden