

Betriebsnummer:		
Ausbildungsbetrieb:		
Auszubildende: (Name, Anschrift):		
Geburtstag des Kindes:		
Mutterschutz	vom	bis
Elternzeit	vom	bis
Tag der Wiederaufnahme der Ausbildung:		
Fortsetzung der Ausbildung in	<input type="checkbox"/> Teilzeit ___Std./Tag ___ Std./Woche	<input type="checkbox"/> Vollzeit
Gab es ein Beschäftigungs- Verbot?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____
Ablegung Gesellen-/ Abschlussprüfung wird angestrebt im	<input type="checkbox"/> Sommer 20____	<input type="checkbox"/> Winter 20____

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Betrieb