



Stundenplan als Nachweis des Ausbildungsunterrichts in den Ausbildungsquartalen 2 3 4 5 (zutreffende Quartale bitte ankreuzen)

Name der/ des LAA: _____

Ausbildungsschule: _____ Förderschule GL Grundschule GL Sekundarstufe 1

	Montag			Dienstag			Mittwoch oder Donnerstag			Freitag		
	Fach/ Vorhaben	Klasse/ Lerngruppe	Art des AU markieren!	Fach/ Vorhaben	Klasse/ Lerngruppe	Art des AU markieren!	Fach/ Vorhaben	Klasse/ Lerngruppe	Art des AU markieren!	Fach/ Vorhaben	Klasse/ Lerngruppe	Art des AU markieren! *
			<input type="checkbox"/> bdU <input type="checkbox"/> UuA <input type="checkbox"/> AS/KS			<input type="checkbox"/> bdU <input type="checkbox"/> UuA <input type="checkbox"/> AS/KS			<input type="checkbox"/> bdU <input type="checkbox"/> UuA <input type="checkbox"/> AS/KS			<input type="checkbox"/> bdU <input type="checkbox"/> UuA <input type="checkbox"/> AS/KS
			<input type="checkbox"/> bdU <input type="checkbox"/> UuA <input type="checkbox"/> AS/KS			<input type="checkbox"/> bdU <input type="checkbox"/> UuA <input type="checkbox"/> AS/KS			<input type="checkbox"/> bdU <input type="checkbox"/> UuA <input type="checkbox"/> AS/KS			<input type="checkbox"/> bdU <input type="checkbox"/> UuA <input type="checkbox"/> AS/KS
			<input type="checkbox"/> bdU <input type="checkbox"/> UuA <input type="checkbox"/> AS/KS			<input type="checkbox"/> bdU <input type="checkbox"/> UuA <input type="checkbox"/> AS/KS			<input type="checkbox"/> bdU <input type="checkbox"/> UuA <input type="checkbox"/> AS/KS			<input type="checkbox"/> bdU <input type="checkbox"/> UuA <input type="checkbox"/> AS/KS
			<input type="checkbox"/> bdU <input type="checkbox"/> UuA <input type="checkbox"/> AS/KS			<input type="checkbox"/> bdU <input type="checkbox"/> UuA <input type="checkbox"/> AS/KS			<input type="checkbox"/> bdU <input type="checkbox"/> UuA <input type="checkbox"/> AS/KS			<input type="checkbox"/> bdU <input type="checkbox"/> UuA <input type="checkbox"/> AS/KS
			<input type="checkbox"/> bdU <input type="checkbox"/> UuA <input type="checkbox"/> AS/KS			<input type="checkbox"/> bdU <input type="checkbox"/> UuA <input type="checkbox"/> AS/KS			<input type="checkbox"/> bdU <input type="checkbox"/> UuA <input type="checkbox"/> AS/KS			<input type="checkbox"/> bdU <input type="checkbox"/> UuA <input type="checkbox"/> AS/KS
			<input type="checkbox"/> bdU <input type="checkbox"/> UuA <input type="checkbox"/> AS/KS			<input type="checkbox"/> bdU <input type="checkbox"/> UuA <input type="checkbox"/> AS/KS			<input type="checkbox"/> bdU <input type="checkbox"/> UuA <input type="checkbox"/> AS/KS			<input type="checkbox"/> bdU <input type="checkbox"/> UuA <input type="checkbox"/> AS/KS

Unterricht in 45-Minuten-Einheiten in 60-Minuten-Einheiten (Zutreffendes bitte ankreuzen)

*AS=Ausbildungsschule/KS=Kooperationsschule

Name und Ort der Kooperationsschule (ggf. Mentor/in): _____

Ort, Datum

Unterschrift LAA

Unterschrift ABBA

Unterschrift Schulleitung