

SBIAO

Südbayerische Innung für Augenoptik und Optometrie
Prüfening Str. 72 93049 Regensburg



Name _____

Ausbildungsbetrieb _____

Ausbildungsjahr _____

Woche vom _____ bis _____

Ausbildungsnachweis tabellarisch

	ausgeführte Arbeiten, Unterweisungen, Berufsschule, Urlaub, Fehlzeiten	Einzelstunden
Montag	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Dienstag	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Mittwoch	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Donnerstag	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Freitag	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Samstag	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Besondere Bemerkungen z.B. über erforderliches Nachüben

Unterschrift des Auszubildenden	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters	Unterschrift des Ausbilders