



Abt-Richard-Str.3, 36041 Fulda  
Tel.: 0661 102-3310  
E-Mail: [poststelle@bardoschule.fulda.schulverwaltung.hessen.de](mailto:poststelle@bardoschule.fulda.schulverwaltung.hessen.de)  
WEB: [www.bardoschule-fulda.de](http://www.bardoschule-fulda.de)



## Verpflichtungserklärung der Eltern

Ich bin damit einverstanden, dass mein Sohn/ meine Tochter

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_

im Rahmen des Berufsfindungskonzeptes der Bardoschule Fulda am  
Betriebspraktikum im Schuljahr 20\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_ teilnimmt.

Ich bin davon unterrichtet, dass etwaige Fehltage durch Krankheit umgehend der  
Schule und dem Betrieb anzuzeigen und ab drei Fehltagen ein ärztliches Attest  
vorzulegen ist.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)