

Sportmittelschule Eferding Süd

Welserstraße 19, 4070 Eferding

07272/5574

s405032@schule-ooe.at

Bestätigung für Schulen

(Berufspraktische Tage)

Bezeichnung der Schule (Schulstempel):

Hiermit wird bestätigt, dass die Schülerin/der Schüler

_____ bei einem Schnuppertag in unserer
Schule anwesend war.

Datum: _____ Unterschrift: _____