**Gesuch um Teildispensation für Berufsvorbereitung bei IS HZ**

|  |  |
| --- | --- |
| Name Jugendliche\*r |  |
| Schulort |  |
| Dauer der Teildispensation |  |
| Name IV-Berufsberater\*in |  |
| Name Schulpsycholog\*in |  |
| Ausbildung (PrA, EBA, EFZ)  Berufsbezeichnung |  |
| Arbeitgeber |  |
| Begründung für die Teildispensation |  |
| **Unterschriften** | Datum:  Unterschrift Erziehungsberechtigte |
| Datum:  Unterschrift Regelschulleitung |
| **Bewilligung Teildispensation** | Datum:  Unterschrift Amtsvorsteherin |

**04.12.2023**