**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**