



Kanton Zürich
Bildungsdirektion

Antrag Job Shadowing

Mittelschul- und Berufsbildungsamt
Fachstelle Austausch und Mobilität

1/2

Angaben der Antragstellerin bzw. des Antragstellers

Name

Vorname

Geburtsdatum

Adresse

PLZ / Ort

E-Mail

Telefonnummer

Funktion an der Schule

Haben Sie schon einmal an einem Job Shadowing teilgenommen?

Falls ja, wann und wo?

Angaben der Schule der Antragstellerin bzw. des Antragstellers

Name der Schule

Adresse der Schule

Name der zuständigen Schulleitungsperson

E-Mail der zuständigen Schulleitungsperson

Telefonnummer der zuständigen Schulleitungsperson

Job Shadowing

Geplanter Zeitraum

Name der Partner-Schule

Adresse der Partner-Schule

Beschreibung der Partner-Schule



Name der Kontaktperson (Amtskolleg/-in)

E-Mail der Kontaktperson (Amtskolleg/-in)

Funktion der Kontaktperson (Amtskolleg/-in)

Begründete Festlegung der Interessensschwerpunkte des Job Shadowings

Projektbeschrieb / Programm des Job Shadowings

Ziele des Job Shadowings

Geplante Umsetzung der Ziele des Job Shadowings

Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

Datum

Unterschrift der Schulleitung