



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

Projektbeschreibung / 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