

bugenhagen'schulen

Praktikumsstelle
(Betrieb / Behörde)

Stempel:

Adresse des Betriebes

Ansprechpartner/in

Telefonnummer

Fax _____

Bestätigung des Praktikumsplatzes durch das Unternehmen

Die Schülerin / der Schüler _____

erhält in unserem Unternehmen die Gelegenheit, in der Zeit vom

19.06.2023 bis zum 30.06.2023

ein berufs- und studienorientierendes Praktikum zu absolvieren.

Die Vorlage eines ärztl. Gesundheitszeugnisses ist erforderlich / nicht erforderlich.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an Herr Fellenberg (Nils.Fellenberg@bugi.de)

Datum

Telefon.

Unterschrift

Zustimmende Kenntnisnahme der Sorgeberechtigten

(entfällt bei Volljährigkeit)

Datum

Unterschrift