

# 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