

# b'ugenh'agen'schulen

Praktikumsstelle  
(Betrieb / Behörde)

Stempel:

\_\_\_\_\_  
Adresse des Betriebes

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner/in

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

## Bestätigung des Praktikumsplatzes durch den Betrieb

Die Schülerin / der Schüler: \_\_\_\_\_ Lerngruppe: \_\_\_\_\_

erhält in unserem Betrieb die Gelegenheit, in der Zeit vom

**1.11.2022 bis zum 18.11.2022**

an einem schulischen Betriebs-/Sozialpraktikum teilzunehmen.

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

Die „Informationen über das Betriebspraktikum“ habe ich zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Zustimmende Kenntnisnahme der Sorgeberechtigten  
( entfällt bei Volljährigkeit )

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift