

2024

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

11.11.2024 bis zum 29.11.2024

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