

Name des Schülers/der Schülerin: _____

Klasse: _____

Betriebsanschrift:

Name des Betriebes: _____

Straße: _____

PLZ: u. Ort: _____

Tel.-Nr.: _____

Ansprechpartner(in):

Name: _____

Tel.-Nr.: _____

Es wird zur Absolvierung des Praktikums von der Praktikantin / vom Praktikanten

☐ ... eine Gesundheitsbelehrung ...

... benötigt.

Wir bestätigen hiermit, dass die Schülerin / der Schüler _____

vom **08.03.2027** bis zum **19.03.2027** ein ...

☐ ... Betriebspraktikum ...

☐ ... Sozialpraktikum ...

... in unserem Betrieb absolviert.

Kernarbeitszeiten:

Uhrzeiten:

Arbeitstage:

Betriebsstempel

_____,
_____.20

Ort, Datum

den _____

Unterschrift e. Bevollmächtigten