



Bestätigung eines Praktikumsplatzes im Rahmen eines freiwilligen Praktikums

Name der Schülerin/ des Schülers		
Klasse und Schuljahr	Klasse	20__/20__

Betrieb/Institution	
Ansprechpartner/-in	
Straße Nr.	
PLZ Ort	
Telefonnr. (Durchwahl)	
E-Mail	

Zeitraum des Praktikums	vom	
	bis zum	
Arbeitszeiten	vormittags von	
	bis	
	nachmittags von	
	bis	

Bemerkungen	
-------------	--

Information für den Praktikumsbetrieb:

Schüler, die ein freiwilliges Praktikum absolvieren, sind über die Schule versichert. Eine Bestätigung hierüber erhalten die Praktikumsbetriebe von der Schule.

Ebenso steht dem Praktikumsbetrieb bei Rückfragen auch während des Praktikums ein schulischer Ansprechpartner zur Verfügung.

Ort, Datum

Unterschrift *Erziehungsberechtigte*

Ort, Datum

Unterschrift des *Ansprechpartners*