|  |  |
| --- | --- |
| Praktikumsstelle Stempel:(Betrieb/Behörde) |  |
|  |  |
|  |
|  |

# **Bestätigung des Praktikumsplatzes durch den Betrieb**

|  |  |
| --- | --- |
| Die Schülerin / Der Schüler |       |

erhält in unserem Betrieb die Gelegenheit,

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| in der Zeit vom  |       | bis |       |

an einem schulischen Betriebspraktikum teilzunehmen.

|  |  |
| --- | --- |
| Die Schülerin / Der Schüler wird betreut von: |       |

|  |
| --- |
| Name der Ausbilderin / des Ausbilders Telefonnummer |

Die Vorlage eines ärztlichen Gesundheitszeugnisses ist [ ]  erforderlich [ ]  nicht erforderlich.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 Datum Unterschrift