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