



BESTÄTIGUNG DES SOZIALEN PRAKTIKUMS 9

ZUM AUSFÜLLEN DURCH DIE PRAKTIKUMSSTELLE

Name, Vorname der Schülerin / des Schülers

Klasse

In der Woche von ----- bis ----- können wir ein Praktikumsplatz
bei uns anbieten.

Es gelten folgende Vereinbarungen

Arbeitszeit

Ansprechpartner

Hygienebelehrung

notwendig

nicht notwendig

Das ist uns wichtig

Name der Praktikumsstelle

Telefon

Straße / Hausnummer

PLZ

Ort

Datum

Unterschrift