

Praktikumsstelle  
(Betrieb/ Behörde)

Stempel

---

---

Ansprechpartner/in im Betrieb:.....

Praktikumsbetreuer/in: .....

Telefon-Durchwahl Betreuer/in: .....

### Bestätigung des Praktikumsplatzes durch den Betrieb

Die Schülerin/ Der Schüler \_\_\_\_\_

erhält in unserem Betrieb die Gelegenheit, in der Zeit

vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_

an einem schulischen Betriebspraktikum teilzunehmen.

Die Vorlage eines ärztlichen Gesundheitszeugnisses ist

erforderlich

nicht erforderlich

*Die Informationen über das Betriebspraktikum habe ich zur Kenntnis genommen.*

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift