

Praktikum

Bitte vom **Schüler** auszufüllen:

Name:

Vorname:

Klasse/Klassenlehrer:

Bitte denken Sie daran, den Versicherungsschutz Ihres Kindes zu überprüfen.

Bitte vom **Betrieb** ausfüllen:

Firma:

Straße:

PLZ / Ort:

Tel. / Fax:

Ansprechpartner:

Dauer des Praktikums: vom: bis:

Wir bestätigen, dass o.g. Schüler / Schülerin in unserem Betrieb ein Praktikum absolvieren kann.

Datum: Stempel / Unterschrift: