

Schülerbetriebspraktikum

Praktikumsdauer: 18.01. – 29.01.2027

Name: _____

geb. am: _____ in _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Tel.: _____

Klasse: _____ Kurs: _____

Betreuende/r Lehrer/in: _____

Praktikumsbetrieb:

Straße: _____

Ort: _____

Tel.: _____

Einsatz während des Praktikums in folgenden/r Abteilung/en:

Ansprechpartner/in: _____

Arbeitszeit: _____

Pausen: _____

Für das Praktikum benötigt die Schülerin/ der Schüler
eine Unterweisung durch das Gesundheitsamt:

☐ ja
☐ nein

Firmenstempel und Unterschrift: