



SCHÜLERBETRIEBSPRAKTIKUM 2020

von Montag, 08. 06.2020 bis Dienstag, 23.06.2020

Bestätigung über einen Praktikumsplatz

(Rückgabe bitte umgehend)

I. Praktikant/in (Angaben bitte in Druckschrift)

Klasse 9

Name, Vorname

Jahre Alter zur Praktikumszeit

außerhalb der Schulzeiten erreichbar über Nummer/Mailadresse:

(bitte gib hier die Möglichkeit(en) an, unter der Du am besten für Rückfragen seitens der Schule bzw. für den Betreuungslehrer erreichbar bist – aber nicht What's App oder Facebook!)

II. Praktikumsstelle (Angaben bitte in Druckschrift)

Name des Praktikumsbetriebes

bei Großbetrieben zusätzlich (falls schon bekannt): Abteilung/Dienststelle/Filiale/Gebäude...

Anschrift: Straße, PLZ, Ort, Ortsteil

falls abweichend: Arbeitsort, an dem sich d. Praktikant/in überwiegend aufhält (BESUCHSADRESSE)

Ansprechpartner/in bzw. betriebliche/r Betreuer/in

evtl. Mailadresse für Terminabsprache

Telefon (mit Durchwahl)

Beginn:.....Uhr, Ende ca.Uhr voraussichtl. tägl. Arbeitszeit*) d. Praktikanten / in *) lt. JArbSchG max. 7 Std. zuzügl. Pausen

Infektionsschutz-Belehrung zum Umgang mit Lebensmitteln gem. § 43 IfSG erforderlich ?

ja nein checkboxes

Am Tag nach Fronleichnam (Freitag, 12.06.20) kann der Praktikant/die Praktikantin einen Ferientag nehmen und muss nicht in den Betrieb kommen.

ja nein, der freie Tag soll am genommen werden.

Wir bestätigen hiermit, dass..... sein / ihr Schülerbetriebspraktikum vom 08.06. – 23.06.2020 bei uns ableisten kann.

Large empty box for stamp

Datum Unterschrift Betrieb / Einrichtung

Stempel