



**Gymnasium St. Ursula**  
**Betriebspraktikum**  
**28.06.-09.07.2027**

St. Ursula Gymnasium Dorsten  
Telefon: (02362) 91270

Ansprechpartnerin  
Frau Herzfeld  
Mail: c.herzfeld@st-ursula-dorsten.de

**Praktikumsbetrieb**

Name des Praktikumsbetriebes + Branche (falls nicht aus dem Namen erkennbar)

ggf. Zusatz **Abteilung/Dienststelle/Filiale/Gebäude...**

Straße, PLZ, Ort, Ortsteil

**Ansprechpartner\*in / betriebliche Betreuer\*in**

Name (bitte in Druckschrift), Telefon mit Durchwahl

Mailadresse (für Rückfragen / Terminabsprachen)

**Voraussichtliche Arbeitszeit**

Beginn: \_\_\_\_\_ Uhr, Ende ca. \_\_\_\_\_ Uhr; Pause(n): \_\_\_\_\_

voraussichtliche tägliche Arbeitszeit\*) d. Praktikant\*in

\*) lt. JArbSchG **max. 7 Std.** zuzügl. mind. 30 Min. Pausen

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

☐

ja

☐

nein

**Zusage des Praktikumsplatzes**

Wir bestätigen hiermit, dass \_\_\_\_\_  
das Schülerbetriebspraktikum vom 28.06. bis 09.7.2027 in unserem  
Betrieb absolvieren kann.

Datum, Unterschrift

Stempel

**Praktikant\*in**

Klasse: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Alter zur Praktikumszeit: \_\_\_\_\_ Jahre