**Praktikum (**26.06.2017 - 07.07.2017**):**

**Nachweis über eine Praktikumsstelle**

Bitte leserlich mit Druckbuchstaben ausfüllen!

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Schülerin/Schüler:** | Name |
| Geburtsdatum: |  |
| Adresse: |  |
| Telefon:  |  | Tutorenkurs |
| **2. Praktikumsstelle:** | Name des Betriebs |
| Adresse: |  |
| Ansprechpartner/in bei der Praktikumsstelle: |  |
| Telefonnummer des Ansprechpartners (WICHTIG!) keine Telefonzentralen!:  |  |

**3. Bestätigung durch die Praktikumsstelle:**

|  |
| --- |
|  |

**Datum/Unterschrift F irmenstempel**

**4. Berufsfeld**

|  |
| --- |
|  |

**5. Ist laut Praktikumsbetrieb eine Belehrung gemäß §43 Abs. 1 Nr. 1 Infektionsschutzgesetz durch das Gesundheitsamt notwendig? (Bitte ankreuzen)**

|  |  |
| --- | --- |
| Ja | Nein |

**6. Antrag auf Fahrtkostenzuschuss (Bitte ankreuzen)**

|  |  |
| --- | --- |
| Ja | Nein |

**7. Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten:**

Mit der Praktikumsstelle unserer Sohnes/unserer Tochter sind wir einverstanden.

|  |
| --- |
|  |

**Datum/Unterschrift Eines/r Erziehungsberechtigten**