



Vorname: Name:

geboren am: Klasse: Telefon:

Anschrift:

wird ab im 1. Halbjahr / 2. Halbjahr (Zutreffendes bitte ankreuzen) ein Praktikum in

- Therapie und Diagnostik (GW 1) in folgender Einrichtung ableisten: oder
- Pflege und Prävention (GW 2) in folgender Einrichtung ableisten:

Folgende Felder in Druckschrift (ggfs. elektronisch) ausfüllen:

Name der Einrichtung:

Abteilung/Station

Ansprechpartner/in:

Straße und Hausnummer:

PLZ / Ort:

Telefon: Erreichbarkeit:

E-Mail:

Datum: Unterschrift /Stempel
der Praktikumsstelle

Anmerkungen: bitte ggf. auch Rückseite nutzen

Es wird bestätigt, dass für oben genannte/n Schüler/Schülerin:

- eine Praktikumsstelle mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 36 bis max. 40 Stunden (abzüglich Anleitungsnachmittag in der Schule) zur Verfügung gestellt wird und die Beschäftigung sowie die Beaufsichtigung des Praktikanten/der Praktikantin gesichert ist und
- keine verwandtschaftlichen Beziehungen zum Praktikanten/in bestehen.

Hinweis: Die Schülerin/der Schüler behält den Schülerstatus bei und hat entsprechenden Versicherungsschutz.

Datum:

Unterschrift:

Schülerin / Schüler

Unterschrift:

Bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigte/r