

**SZ Carl von Ossietzky · Schiffdorfer Chaussee 97 · 27574 Bremerhaven
Praktikum vom 11. Oktober bis 16. Oktober / 23. Oktober 2021**

Name: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon / Handy: _____

Klassenlehrer/lehrerin: _____

zum Zeitpunkt des Praktikums volljährig:

- ja nein (Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten muss vorliegen!)

Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten:

Ich habe von den Informationen zur Berufs- und Studienorientierung am Schulzentrum Carl von Ossietzky Kenntnis genommen und erlaube meiner Tochter / meinem Sohn die Teilnahme an dem schulisch betreuten Praktikum.

Ort, Datum
Erziehungsberechtigte(r)

Unterschrift

Bestätigung des Praktikumsbetriebes

Wir bestätigen, dass die Schülerin/der Schüler

in der Zeit vom 11.10. – 16.10./23.10.2021 in unserem Betrieb ein Praktikum absolvieren kann. Wir planen einen Einsatz im folgenden Bereich:

Dieser Bereich kann sich aus betrieblichen Gründen oder aufgrund von Absprachen mit der Praktikantin / dem Praktikanten ändern.

Name des Unternehmens / der Institution: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon _____ Betreuer im Betrieb: _____

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

An Fax: (0471) 391 391 39