



Bestätigung (Bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen!)

Schüler/in:	Name, Vorname Klasse / Kurs		
		in	
Oben genann	nte(r) Schüler/in kann das		
Betriebsprak	tikum vom ł	ois ableisten.	
Firma			
 Firmenname			
Straße, PLZ,	Ort		
 E-Mail-Adre.	rsse		
Für die Betre	euung im Betrieb ist Frau / Herr		,
Abteilung	, Telefo	on,	
E-Mail-Adre	esse		
zuständig.			
	im Betriebspraktikum für Schül	triebspraktikum von Schülerinnen und Schülern erinnen und Schüler – Verpflichtung zur Versch	
 Ort, Datum	,	 Unterschrift	