



Feldstraße 1  
19053 Schwerin

Tel.: 0385 / 57 56 950 - 0  
Fax: 0385 / 57 56 950 - 10

## Bestätigung über die Durchführung des Betriebspraktikums

für den Praktikumszeitraum: \_\_\_\_\_

Schüler/in: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Klassenlehrer/in: \_\_\_\_\_

Die Schüler/innen sind für die Zeit des Betriebspraktikums Unfall- und haftpflichtversichert.



\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Stempel Schule

\_\_\_\_\_ Fachlehrer/in AWT

**Praktikumsbetrieb:** \_\_\_\_\_

**Anschrift / Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

Arbeitszeit: \_\_\_\_\_

Einsatzbereich im Betrieb: \_\_\_\_\_

Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_

Praktikumsbeauftragte/r des Betriebes: \_\_\_\_\_

**Hiermit wird bestätigt, dass der o.g. Schüler /die o.g. Schülerin für den Zeitraum im o.g. Betrieb das Betriebspraktikum durchführen kann.**

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Stempel

\_\_\_\_\_ Unterschrift – Praktikumsbeauftragte/r Betrieb