

1. Schüler

Name, Vorname	Telefon
Anschrift	E-Mail

2. Praktikumsleiter

Name, Vorname	Telefon
---------------	---------

3. Schule

Name Oberschule „Gotthold-Ephraim-Lessing“ Lengenfeld	Telefon +49 (0) 37606 – 2555
Anschrift Schulstraße 2a • 08485 Lengenfeld	E-Mail info@oberschule-lengenfeld.de

4. Wichtiges

Der Schüler ist für die Zeit des Betriebspraktikums, im Rahmen der für verbindliche Schulveranstaltungen geltenden Vorschriften, unfallversichert.

Praktikumsstelle (Name, Anschrift)	Telefon & E-Mail
------------------------------------	------------------

Hiermit wird bestätigt, dass der oben genannte Schüler für den Zeitraum:

vom _____ bis _____ im oben genannten Betrieb sein Betriebspraktikum ableisten kann.

Er wird hier ordnungsgemäß beaufsichtigt und zu Beginn des Praktikums über die Arbeits- und Unfallvorschriften informiert und belehrt.

Datum

Unterschrift des Praktikumsbetriebes