

Praktikums-Bestätigung

Art des Praktikums

- Praktikum Jg. 10 (zweiwöchig)
- Praktikum Jg. EF (einwöchig)

Wir bestätigen, dass

Name des/der Schülers/-in (bitte in Druckbuchstaben)

in der Zeit vom _____ ein Betriebspraktikum bei uns absolvieren kann.

Betrieb: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Zuständige/r Betreuer/-in: _____

Arbeitszeit: _____

Arbeitskleidung: nein ja/welche: _____

Ist eine Belehrung nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) beim Gesundheitsamt für Tätigkeiten in Lebensmittelbereichen notwendig? nein ja

(Stempel)

Unterschrift