**Adresse der Schule**

**Straße**

**PLZ Ort**

Tel.:       Fax:

Email:

**Berufserkundung Name der Schule**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Zeitraum |  |  | |
| Name der Schülerin/ des Schülers |  | Klasse |  |
| Straße |  |  | |
| PLZ/Wohnort |  |  | |
|  |  |  | |
| Praktikum als |  |  | |
| Firma |  |  | |
| Straße |  |  | |
| PLZ/Ort |  |  | |
| Verantwortlich für das Praktikum |  |  | |
| Telefon |  |  | |
| Email |  |  | |

Wir bestätigen, dass die o.g Schülerin / der o.g. Schüler in der angegebenen Zeit ein Praktikum in unserer Firma absolvieren kann.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Stempel/Unterschrift