**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