**Adresse der Schule**

**Straße**

**PLZ Ort**

Tel.:       Fax:

Email:

**Berufserkundung** **Name der Schule**

Zeitraum

Name der Schülerin/       Klasse
des Schülers

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