SZ Carl von Ossietzky · Schiffdorfer Chaussee 97 · 27574 Bremerhaven

Praktikum vom 11. Oktober bis 15./22. Oktober 2027

Name: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort:_____

Telefon / Handy:_____

Klassenlehrer/lehrerin:_____

zum Zeitpunkt des Praktikums volljährig:
□ ja □ nein (Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten muss vorliegen!)

Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten:

Ich habe von den Informationen zur Berufs- und Studienorientierung am Schulzentrum Carl von Ossietzky Kenntnis genommen und erlaube meiner Tochter / meinem Sohn die Teilnahme an dem schulisch betreuten Praktikum.

Es wird darauf hingewiesen, dass für einen Praktikumsplatz außerhalb des Einzugsgebiets der Schule und/ oder des Landes Bremen eine private Unfallversicherung abzuschließen ist.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

Bestätigung des Praktikumsbetriebes

Wir bestätigen, dass die Schülerin/der Schüler

_____

in der Zeit vom 11.10. – 15./22.10.2027 in unserem Betrieb ein Praktikum absolvieren kann. Wir planen einen Einsatz im folgenden Bereich:

_____.

Dieser Bereich kann sich aus betrieblichen Gründen oder aufgrund von Absprachen mit der Praktikantin / dem Praktikanten ändern.

Name des Unternehmens / der Institution:_____

Straße und Hausnummer:_____

PLZ und Ort:_____

Telefon _____ Betreuer im Betrieb:_____

_____ _____
Ort, Datum Stempel, Unterschrift