



Fachpraktische Ausbildung Sozialwesen

Einverständniserklärung

Schuljahr _____ **Schulhalbjahr** _____

Folgende/r Schüler/in würde gerne in Ihrem Betrieb das Praktikum im Rahmen der fachpraktischen Ausbildung aufnehmen:

Name, Vorname: _____ Klasse: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Zustimmung der Praktikumsstelle

Bitte ausfüllen und Rückinformation per Fax (49 (0)9421-18776-400) an die Schule.

Praktikumsstelle:

Name/Firma: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Betreuer/in (Verwaltung): _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Direkte/r Ansprechpartner/in: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Unterschrift/Stempel: _____