



## **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: \_\_\_\_\_