

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

Weitere/r Ansprechpartner/in: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Unterschrift/Stempel: \_\_\_\_\_