

Schülerbetriebspraktikum

Bestätigung durch den Betrieb

_____, Klasse: _____
Name, Vorname Schüler/in

darf im Zeitraum **11.11. -29.11.2024** das Schülerbetriebspraktikum in untenstehendem Betrieb absolvieren.

Er / Sie wird damit Kenntnisse erhalten über den **staatlich anerkannten Ausbildungsberuf**

Name des staatlich anerkannten Ausbildungsberufs

Stempel:

Unterschrift: _____

Ansprechpartner/in im Betrieb: _____

Durchwahl Ansprechpartner/in: _____

Falls kein Stempel zur Hand oder Stempel unleserlich, bitte hier ausfüllen:

Name und Adresse der Firma: _____

Als Schulveranstaltungen unterliegen Schülerbetriebspraktika der gesetzlichen Unfallversicherung. Falls eine Haftpflichtversicherung erforderlich ist, trägt der Schulträger die Kosten. Quelle und weitere Informationen zu den rechtlichen Rahmenbedingungen unter https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/leitfaden_schuelerbetriebspraktikum.pdf