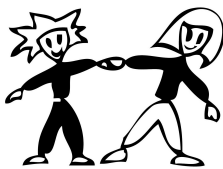


Praktikums- vereinbarung



Schulen für gemeinschaftliches Lernen e. V.

Freie Oberschule Gohlis

Lützowstraße 8

04155 Leipzig

Während des Praktikumszeitraums sind die Schüler über die Unfallkasse Sachsen versichert!

| Von der Schule auszufüllen! | | |
|-------------------------------------|--------------|--------------|
| Praktikumszeitraum | | |
| Name des Schülers | geb. am | |
| Praktikumsbeauftragte(r) der Schule | | |
| Telefonnummer der Schule | 0341 5647880 | |
| | | |
| Datum | Schulstempel | Unterschrift |

| Vom Betrieb / der Einrichtung auszufüllen! | | |
|---|-----------------|--------------|
| Praktikumsbetrieb | | |
| Einsatzbereich(e) | Arbeitszeit von | bis |
| Praktikumsbeauftragte(r) der Einrichtung | | |
| Telefonnummer der Einrichtung | | |
| Hiermit wird bestätigt, dass der/die o.g. Schüler(in) für den o.g. Zeitraum in der o.g. Einrichtung ein Betriebspraktikum durchführen kann. Zu Beginn des Praktikums erfolgt eine Belehrung entsprechend der Gegebenheiten der Praktikumeinrichtung. | | |
| Datum | Stempel | Unterschrift |

| Von den Eltern auszufüllen! | |
|---|-------------------------|
| Hiermit erkläre ich/wir mein/unser Einverständnis zum Betriebspraktikum unseres Kindes. | |
| Datum | Unterschrift der Eltern |