



# Estetalschule Hollenstedt Oberschule

## Bestätigung der Praxistage



Wir sind bereit, den Schüler / die Schülerin \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

in unserem Betrieb als Praktikant/in im Beruf \_\_\_\_\_  
Berufsbezeichnung

in der Zeit vom **26.08.2019** bis **02.10.2019** an einem Tag pro Woche  
zu betreuen und zu beaufsichtigen.



Verantwortlicher Betreuer ist \_\_\_\_\_,  
Name, Vorname Telefon

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Eine ärztliche Untersuchung durch den Amtsarzt (Gesundheitsamt) ist erforderlich
  - Arbeitskleidung wird vom Betrieb gestellt
  - Folgende Arbeitskleidung ist mitzubringen
- \_\_\_\_\_

Unser Betrieb bildet aus:  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Firmenstempel