



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 _____ bis _____ an einem Tag pro Woche
zu betreuen und zu beaufsichtigen.

Name und Anschrift Betrieb:

Verantwortlicher Betreuer ist _____, _____
Name, Vorname Telefon

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Eine Belehrung durch das Gesundheitsamt nach dem Infektionsschutzgesetz ist erforderlich
- Arbeitskleidung wird vom Betrieb gestellt
- Folgende Arbeitskleidung ist mitzubringen

Unser Betrieb bildet aus: ja nein

Ort, Datum

Unterschrift, Firmenstempel

