

Praktikumsvereinbarung zum Schülerbetriebspraktikum

Praktikumszeitraum

von/bis

Schüler/in		Telefon
Geburtsdatum	Geburtsort	
Praktikumsleiter*in		Telefon
Schule		

Der/Die Schüler*in ist für die Zeit des Betriebspraktikums unfall- und haftpflichtversichert.

von/bis

Ort/Datum	Unterschrift Schulleiter*in
-----------	-----------------------------

Romain-Rolland-Gymnasium
Weintraubenstraße 3 • 01099 Dresden
Tel.: 0351/ 803 06 56 • Fax: 803 06 51
e-mail: gym_roro@dresdner-schulen.de

Praktikumsbetrieb (Name, Adresse)
Arbeitszeit (von/bis)
Einsatzbereiche im Betrieb
Arbeitsplatz
Praktikumsbeauftragte/r des Betriebs (Name, Telefonnummer und evl. E-Mail)

Hiermit wird bestätigt, dass der/die Schüler*in für den Zeitraum

von/bis

im o.g. Betrieb das Betriebspraktikum durchführen kann.

--

Ort/Datum	Unterschrift Praktikumsbetreuer*in/ Personalverantwortliche*r
-----------	------------------------------------------------------------------

Ort/Datum	Unterschrift Schülerpraktikant*in
-----------	-----------------------------------

Ort/Datum	Unterschrift Sorgeberechtigte*r
-----------	---------------------------------