

Unterrichtsbefreiung Praktikumswochen Hessen

Hiermit bestätigen wir, von den Rahmenbedingungen der beruflichen Orientierungsmaßnahme Praktikumswochen Kenntnis genommen zu haben. Unsere Tochter / Unser Sohn



Vorname, Nachname Schüler/in

Klasse

Straße, Hausnummer


Geburtsdatum

PLZ, Wohnort

Telefonnummer Schüler/in

wird wie nachfolgend aufgeführt an der Maßnahme teilnehmen.

Datum	Unternehmen (Name)	Adresse der Praktikumsstelle	Ansprechperson des Betriebs (Name u. Telefon-Nr.)	Unterschrift des Betriebs nach Durchführung

 Die Schülerin / Der Schüler wird für den o. g. Zeitraum vom Unterricht freigestellt. Die o. g. Betreuerinnen und Betreuer in den Betrieben werden von der Schule mit der Beaufsichtigung der Schülerinnen und Schüler für die Dauer der Erkundung beauftragt.



Unterschrift des Erziehungsberechtigten bzw. volljährige(n) Schüler(in)

Unterschrift Klassenlehrerin / Klassenlehrer oder Schulleiterin bzw. Schulleiter

