

BETRIEBSPRAKTIKUM BESTÄTIGUNG PRAKTIKUMSPLATZ

Hiermit bestätigen wir, dass die/der Schüler:in

in unserer Einrichtung einen Praktikumsplatz vom **06.07. – 16.07.2026** erhält.

☐ Wir garantieren eine wöchentliche Arbeitszeit von **mindestens 35 Stunden**.

☐ Die Vorlage eines Gesundheitszeugnisses ist erforderlich.

☐

(weitere Anforderungen von der Praktikumsstelle)

Ansprechpartner:in in unserem Haus ist: _____

Tel.: _____ Mail: _____

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel der Praktikumsstelle

Die Teilnehmer:innen des Praktikums sind im Rahmen der Schülerunfallversicherung und Gemeinschaftshaftpflichtversicherung für die ganze Zeit des Praktikums versichert.

Weitere Informationen über Sinn und Zweck des Praktikums entnehmen Sie bitte dem beigefügten Merkblatt oder erfragen Sie bei den jeweiligen Politiklehrern der Klassen. Die Kolleg:innen sind im Dienst unter der folgenden Telefonnummer zu erreichen: 0228/ 956617.

Von dem/der Praktikant:in auszufüllen:



☐ Ich habe das Online Anmeldeformular ausgefüllt.

<https://t1p.de/berufspraktikum2026>