



GESCHWISTER - SCHOLL - GYMNASIUM

Städtisches Gymnasium Münster

Sozial-/Berufspraktikum vom 27.09.21 - 07.10.21

Praktikumsplatznachweis

Name, Vorname der Schülerin/ des Schülers

Klasse

Straße, Wohnort der Schülerin/ des Schülers

Telefonnummer der Schülerin/ des Schülers

Wir bedanken uns ganz herzlich dafür, dass Sie sich bereit erklären eine Schülerin/ einen Schüler unserer Schule für ein Sozial-/Berufspraktikum aufzunehmen.

Bitte füllen Sie dieses Schreiben aus und geben Sie es der Schülerin/ dem Schüler wieder mit.

Die/ der oben genannte Schüler/in kann in der Zeit von Montag, d. 27.09.21 bis zum Donnerstag, d. 07.10.21 das Sozialpraktikum in unserer Einrichtung absolvieren.

Institution

Straße

PLZ

Ort

Telefon

Email-Adresse

Ansprechperson

Unterschrift

Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten

Ich bin damit einverstanden, dass meine Tochter/ mein Sohn das Sozial-/Berufspraktikum absolviert. Ich bestätige, dass ich die Informationen zum Sozial-/Berufspraktikum zur Kenntnis genommen habe.

Unterschrift der Erziehungsberechtigten