



GESCHWISTER - SCHOLL - GYMNASIUM

Städtisches Gymnasium Münster

Sozialpraktikum vom 08.04.24 bis 19.04.2024

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 Sozialpraktikum aufzunehmen. Das Praktikum ist eine Schulveranstaltung; insofern bleiben die Praktikanten über die Schule versichert.

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. 08.04.24 bis zum Donnerstag, d. 18.04.24 das Sozialpraktikum in unserem Betrieb absolvieren.

Institution/ Betrieb

Straße

PLZ

Ort

Telefon

Email-Adresse

Ansprechperson

Unterschrift

Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten

Ich bin damit einverstanden, dass meine Tochter/ mein Sohn das Sozialpraktikum in der oben genannten Institution absolviert. Ich bestätige, dass ich die Informationen zum Sozialpraktikum zur Kenntnis genommen habe.

Unterschrift der Erziehungsberechtigten