



Praktikumsbestätigung

Name und Anschrift des Betriebes :

Firmenstempel:

Tel.: _____

Hiermit erklären wir uns bereit, folgende Schülerin/folgenden Schüler für die Praktikumszeit vom 3. September bis einschließlich 23. September 2024 als Schülerpraktikant/in einzusetzen:

Name: _____

Klasse: _____

Adresse: _____

Tel.: _____

Arbeitszeiten der Schülerin/des Schülers:

Arbeitsbereiche:

- Industrie
 Handwerk

- Büro/Verwaltung
 Soziale Dienste

- Handel
 Sonstige

Name der Kontaktperson: _____

Telefonnummer : _____

E-Mailadresse : _____

Ort

Datum

Unterschrift

 Deutsch-Luxemburgisches
SCHENGEN-LYZEUM

Auf dem Sabel 2
D-66706 Perl

TEL +49 6867 9111 200
FAX +49 6867 9111 220

sekretariat@schengenlyzeum.eu
www.schengenlyzeum.eu

