

# Berufspraktikum 2020

## Bestätigung eines Praktikumsplatzes für den Schüler / die Schülerin

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Jahrgangsstufe: \_\_\_\_\_

Adresse:

\_\_\_\_\_ Postleitzahl und Wohnort

\_\_\_\_\_ Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_ Telefon

Wilhelm-Hittorf-Gymnasium  
Prinz-Eugen-Straße 27  
48151 Münster  
Telefon 02 51/6 86 14 - 0  
Telefax 02 51/6 86 14 - 49  
E-Mail: hittorf-gymnasium@stadt-muenster.de

\_\_\_\_\_ Name des Betriebes

\_\_\_\_\_ Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_ Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_ Telefon

\_\_\_\_\_ Telefax

**Berufspraktikum:** ab **15.06.2020** bis zum \_\_\_\_\_

Hiermit erklären wir uns bereit, für das Berufspraktikum in der o. g. Zeit einen Platz als

\_\_\_\_\_ zur Verfügung zu stellen.

Die Schülerinnen und Schüler sind durch die Schule unfall- und eingeschränkt haftpflichtversichert (die eigene Privathaftpflicht ist vorrangig in Anspruch zu nehmen).

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift (Betrieb)

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift (Schüler/in)

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift (Erziehungsberechtigte)