

Schüler/Schülerin

Name: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____



Sekundarschule
Hanfgarten 18
48346 Ostbevern
Fon: 02532-95651-0
Fax: 02532-9565129
schulverwaltung@jas-ostbevern.de
www.jas-ostbevern.de

Anmeldung Tagespraktikum/Berufsfelderkundung

Einrichtung/Betrieb:

Firmenstempel oder alternativ Name, Anschrift, Telefon

Ansprechpartner/in: _____

Das Tagespraktikum findet im Beruf der/des _____ statt.

Datum: _____

Arbeitszeiten: _____ bis _____

Arbeitskleidung: _____

Hiermit bestätigen wir, dass der Schüler/ die Schülerin das Tagespraktikum in unserem Betrieb unter den aktuell geltenden Corona-Maßnahmen zur Einhaltung von Hygiene- und Infektionsschutz absolvieren kann.

(Stempel, Datum und Unterschrift)

Hiermit bestätigen wir als Eltern, dass unser Kind das Tagespraktikum im oben genannten Betrieb unter den aktuell geltenden Corona-Maßnahmen zur Einhaltung von Hygiene- und Infektionsschutz absolvieren kann.

(Datum und Unterschrift)