



Nachweis Praktikumsstelle

Schulart: _____

Schuljahr ____ / ____
(bitte Schüler/in eintragen)

Name: _____ Geburtstag: _____
Straße/Hausnummer: _____
Wohnort mit Postleitzahl: _____
E-Mail: _____ Telefon: _____

Praktikant/in

Praktikumsstelle:

Name: _____
Straße/Hausnummer: _____
Ort mit Postleitzahl: _____
E-Mail: _____
Leiter/in der Einrichtung: _____ Telefon: _____
Anleiter/in mit
Berufsbezeichnung: _____

Einrichtung

Name: _____
Straße/Hausnummer: _____
Ort mit Postleitzahl: _____
Telefon: _____
Ansprechpartner/in: _____

Träger der Einrichtung

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift der Praktikant/in

Stempel der Einrichtung / Unterschrift

Praxistage Übersicht: Hinweis: bei praxisintegrierter Ausbildung in Teilzeit nur 1 Tag Praxis in der Woche

1BKSP: Mittwoch und Donnerstag	2BKSP1: Dienstag	2BKSP2: Mittwoch
2BFSA1: Freitag	2BFSA2: Donnerstag	
BKSPIT/T1: Montag und Dienstag	BKSPIT/T2: Dienstag und Mittwoch	BKSPIT/T3: Donnerstag und Freitag
2BKSAID1: Donnerstag und Freitag	2BKSAID2: Montag bis Mittwoch	