

**Oberschule Schiffdorf**

Jierweg 20  
27619 Schiffdorf

**Tel.:** 04706/9306-0

**E-Mail:** sekretariat@oberschule-schiffdorf.de



**!!!Bitte diesen Abschnitt dem Klassenlehrer aushändigen!!!**

**Personalangaben des Schülers:**

Name: ..... Vorname: ..... Klasse.....

Telefon: .....

Krankenkasse: ..... Hausarzt: .....

Name, Vorname des Erziehungsberechtigten: .....

Telefonnummer: .....

**Angaben zum Praktikumsbetrieb:**

Name:.....

Straße: .....

Ort:.....

Praktikumsberuf:.....

Ansprechpartner: .....

Telefonnummer: .....

E-Mail: .....

.....

Unterschrift + Firmenstempel Praktikumsbetrieb

.....

Unterschrift Erziehungsberechtigter