Konrad-Adenauer-Schule
• Sebastian-Kneipp-Straße 1a • 56179 Vallendar
Tel. 0261/69662 • Email: info@irsp-vallendar.de
Internet: www.irsp-vallendar.de
Ansprechpartnerin: Ulrike Seul Email: seul@irsp-vallendar.de

Blockpraktikum Kl. ___ Schuljahr 20___/20___

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die freundliche Unterstützung und Ihre Bereitschaft, als Ausbildungsbetrieb am geplanten Betriebspraktikum mitzuarbeiten, danken wir Ihnen herzlich.
Wir geben Ihnen die Personalien des Schülers/ der Schülerin, der/ die das Praktikum bei Ihnen ableisten möchte, bekannt. **Diese Unterlagen verbleiben in Ihrem Betrieb.**

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Wohnort: _____ _____

Erziehungsberechtigte: _____

Telefon: _____ e-Mail: _____

Verpflichtend für den Praktikumsteilnehmer ist der Zeitraum zwischen dem _____ **und dem** _____**.**

Die Schüler/innen werden während des Praktikums von Ihren **BO- oder Klassen-Lehrern** am Arbeitsplatz besucht. Die Vorschriften des Jugendarbeitsschutzgesetzes bitten wir zu berücksichtigen.
In dringenden Fällen (Schwierigkeiten mit dem Schüler/ der Schülerin, unentschuldigtes Fehlen, Arbeitsunfall usw.) erreichen Sie uns täglich unter o.g. Nummer.
Die Vereinbarung begründet kein Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis. Der **Unfallversicherungsschutz** wird durch die Unfallkasse Rheinland-Pfalz, Oranienstr. 10, 56626 Andernach geregelt. Der **Krankenversicherungsschutz** der Praktikanten/Praktikantinnen ist privat geregelt (z.B. als Familienmitglied über die Krankenversicherung der Eltern).

Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit mit Ihnen.

Mit freundlichen Grüßen

i.A. _____ _____ _____
BO- Koordinatorin Schüler/in Erziehungsberechtigte

Konrad-Adenauer-Schule
• Sebastian-Kneipp-Straße 1a • 56179 Vallendar
Tel. 0261/69662 • Email: info@irsp-vallendar.de
Internet: www.irsp-vallendar.de
Ansprechpartnerin: Ulrike Seul Email: seul@irsp-vallendar.de

Betriebspraktikum Kl. ____ Schuljahr 20____/20____

Bestätigung des Blockpraktikumsplatzes

Diese Bestätigung ist dem Klassen- oder BO-Lehrer der Schule abzugeben!

Hiermit erklären wir uns bereit, als Ausbildungsbetrieb

den Schüler / die Schülerin _____ Klasse: ____
in der Zeit vom _____ bis zu dem _____

in unserem Betrieb

Name des Unternehmens: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Name der Kontaktperson: _____

in folgender Abteilung: _____

als Schülerpraktikant/in im Beruf _____einzusetzen.

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- ❒ Eine ärztliche Untersuchung durch den Amtsarzt (Gesundheitsamt) ist erforderlich.
- ❒ Arbeitskleidung wird vom Betrieb gestellt.
- ❒ Folgende Arbeitskleidung ist mitzubringen:

_____

Der Schüler soll sich am _____ um _____ Uhr in

_____einfinden.
Praktikumsort

Wir sind ein Ausbildungsbetrieb und stellen zum nächsten Sommer voraussichtlich _____ Lehrlinge in folgenden Ausbildungsberufen ein.

._____

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift und Firmenstempel

Seul - Koordinatorin für BO der IRSP Vallendar