

# Mittelschule Indersdorf

Wittelsbacherring 15 85229 Markt Indersdorf  
Telefon 08136/931220 Email [verwaltung@msindersdorf.de](mailto:verwaltung@msindersdorf.de)

## Praktikumsbestätigung

Der Schüler/ die Schülerin: \_\_\_\_\_

wohnhaft in: \_\_\_\_\_

kann im Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

in meinem/ unserem Betrieb ein Praktikum als

\_\_\_\_\_  
(Berufsbezeichnung)

absolvieren.

### **Anschrift/ Erreichbarkeit des Betriebes:**

Firmenname: \_\_\_\_\_

Betreuer: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Arbeitszeiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Stempel

### **Wichtiger Hinweis:**

**Der Schüler/ die Schülerin ist im Rahmen einer von der Schule abgeschlossenen Blockversicherung haftpflichtversichert. Der Unfallversicherungsschutz im Praktikum besteht aufgrund des Gesetzes über die Unfallversicherung für Schüler vom 18.03.1971 (BGBl, S. 237)**