

SCHULBESTÄTIGUNG

Die nachfolgend aufgeführte Person kann im Zeitraum (5 Wochen)

von _____ bis _____

ihr Allgemeines Schulpraktikum (ASP) an unserer Schule durchführen:

Nachname, Vorname: _____

mit den Fächern: _____

Die Betreuung wird durchführen (der Name des Mentors kann ggf. nachgemeldet werden):

Name der Schule: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ort/ Datum

Unterschrift/ Stempel