



Georg-Schumann-Schule  
Oberschule des Deutsch-Französischen  
Bildungszentrums Leipzig  
Glockenstraße 6  
04103 Leipzig

## Bestätigung der Ableistung des Praktikums

Name des Schülers



Praktikumsleiter im Betrieb



Der Schüler ist für die Zeit des Betriebspraktikums im Rahmen der für verbindliche Schulveranstaltungen geltenden Vorschriften unfallversichert.

Praktikumsbetrieb

Hiermit wird bestätigt, dass der oben genannte Schüler im Zeitraum

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

im oben genannten Betrieb sein Betriebspraktikum ableisten kann.

Er wird hier ordnungsgemäß beaufsichtigt und zu Beginn des Betriebspraktikums über die Unfallvorschriften informiert.

Datum

Unterschrift Praktikumsbetrieb