

## Nachweis der Stellensuche

Rückgabe bis zum **16. Juni 2025** an die Klassenlehrer



**Bitte leserlich und vollständig ausfüllen.**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Klasse: **9** \_\_\_\_\_

Ich habe mich bei folgenden Betrieben vergeblich um eine Praktikumsstelle beworben:

<b>1)</b> Name des Betriebes: _____ Straße Hausnr.: _____ PLZ Ort: _____ _____ Ort, Datum	_____ _____ _____ _____ Unterschrift des Betriebes
---	--

<b>2)</b> Name des Betriebes: _____ Straße Hausnr.: _____ PLZ Ort: _____ _____ Ort, Datum	_____ _____ _____ _____ Unterschrift des Betriebes
---	--

<b>3)</b> Name des Betriebes: _____ Straße Hausnr.: _____ PLZ Ort: _____ _____ Ort, Datum	_____ _____ _____ _____ Unterschrift des Betriebes
---	--

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit aller gemachten Angaben

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum  
Schülers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Schülerin / des

## Wahlbogen

Ich interessiere mich für eine Praktikumsstelle in folgenden Bereichen:

### **Erstwunsch**

Bitte Tätigkeitsbereich bzw.  
Berufsbezeichnung angeben \_\_\_\_\_

### **Zweitwunsch**

Bitte Tätigkeitsbereich bzw.  
Berufsbezeichnung angeben \_\_\_\_\_

### **Drittwunsch**

Bitte Tätigkeitsbereich bzw.  
Berufsbezeichnung angeben \_\_\_\_\_

### **Angaben von Schülerinnen bzw. Schülern, die eine Stelle im Gesundheitswesen suchen**

Ich bin gegen Hepatitis B geimpft:

Bitte Zutreffendes ankreuzen

Ja  Der Impfpass muss beim Beratungstermin mit dem  
Praktikumskoordinator vorgelegt werden.

Nein  Eine Praktikumsstelle im Gesundheitswesen ist **nicht** möglich.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Schülerin / des Schülers

Als Eltern haben wir den Nachweis der Stellensuche und den Wahlbogen zur  
Kenntnis genommen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern /