



Nachweis der Stellensuche



Rückgabe bis zum 17. Juni 2024 an die Klassenlehrer

Bitte leserlich und vollständig ausfüllen.

Name: _____

Vorname: _____

Klasse: 9

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

| | | |
|----|---------------------|----------------------------|
| 1) | Name des Betriebes: | _____ |
| | Straße Hausnr.: | _____ |
| | PLZ Ort: | _____ |
| | _____ | _____ |
| | Ort, Datum | Unterschrift des Betriebes |

| | | |
|----|---------------------|----------------------------|
| 2) | Name des Betriebes: | _____ |
| | Straße Hausnr.: | _____ |
| | PLZ Ort: | _____ |
| | _____ | _____ |
| | Ort, Datum | Unterschrift des Betriebes |

| | | |
|----|---------------------|----------------------------|
| 3) | Name des Betriebes: | _____ |
| | Straße Hausnr.: | _____ |
| | PLZ Ort: | _____ |
| | _____ | _____ |
| | Ort, Datum | Unterschrift des Betriebes |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit aller gemachten Angaben

Ort, Datum

Unterschrift der Schülerin / des Schülers

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

Unterschrift der Eltern / Erziehungsberechtigten