

# Schule am Schloss

## Oberschule

Schulträger: Landkreis Goslar



## Rückmeldung des Praktikumsbetriebs an die Schule am Schloss

Name des Betriebs: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Telefon / Fax: \_\_\_\_\_

Betreuer im Betrieb: \_\_\_\_\_

ggf. Tel. des Betreuers: \_\_\_\_\_

Hiermit wird bestätigt, dass die Schülerin / der Schüler

als: \_\_\_\_\_ (Bezeichnung des Ausbildungsberufs)

das Betriebspraktikum vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_ bei uns ableisten wird.

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

Pausenzeiten: \_\_\_\_\_

Besondere Vereinbarungen (Wochenenddienst etc.):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers  
bzw. Firmenstempel

**Anschrift:**

Gitterweg 1  
38704 Liebenburg

**Telefon:**

Tel.: 0 53 46 / 92 09 0  
Fax: 0 53 46 / 92 09 22

**Internet:**

Schulzentrum-Liebenburg.Sekretariat@Landkreis-Goslar.de  
www.Schule-am-Schloss.de