



Ludwigshafen, den 02.09.2019

Geschwister-Scholl-Gymnasium 67061 Ludwigshafen

Name und Anschrift des Betriebes:

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Bestätigung des Betriebes

Wir bestätigen hiermit, dass die Schülerin/ der Schüler
des Geschwister-Scholl-Gymnasiums, Friedrich-Heene-Str. 11, 67061 Ludwigshafen,
Tel. 0621 - 504431110, während des Zeitraums
vom 10.02.2020 bis zum 14.02.2020 (oder freiwillig bis zum 01.03.2019) in unserem
Betrieb einen Praktikumsplatz hat.

Die Schülerin / der Schüler wird während dieser Zeit von

.....
(Name einer Mitarbeiterin / eines Mitarbeiters)

.....
(Telefonnummer und E-Mail)
betreut.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift