

Tutor/in: _____

Datum: 02.04.2025
Unser Zeichen: Wör

Praktikumsvertrag 2026 zur Studien- und Berufsorientierung

Praktikant(in):	
Name, Vorname	
Straße	
PLZ, Ort	
Mobilfunknummer	
e-mail-Adresse	

Name des Unternehmens	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefon	
Ansprechpartner/in bzw. Betreuer/in; Tel.	
Einsatz-/Aufgaben- gebiet	
Arbeitszeit:	von: bis:

Gesundheitszeugnis erforderlich?	ja ☐ nein ☐
Amtsärztliche Untersuchung erforderlich?	ja ☐ nein ☐

Anmerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel (Unternehmen)