

Praktikumsvereinbarung

Zwischen

Firmenname / Adresse/Stempel	Einsatzort des Schülers – falls abweichend
------------------------------	--------------------------------------------

vertreten durch

Name und Telefon des Ansprechpartners im Betrieb

und

Name, Vorname der Schülerin/des Schülers (Nachfolgend: Praktikant)		
_____	Klasse: 8.	
<table border="1"><tr><td>Schulstempel Oberschule am Airport Schönefeld Am Seegraben 58-60 / 12529 Schönefeld Telefon: 030 6 33 83 21 Telefax: 030 6 34 79 82</td></tr></table>		Schulstempel Oberschule am Airport Schönefeld Am Seegraben 58-60 / 12529 Schönefeld Telefon: 030 6 33 83 21 Telefax: 030 6 34 79 82
Schulstempel Oberschule am Airport Schönefeld Am Seegraben 58-60 / 12529 Schönefeld Telefon: 030 6 33 83 21 Telefax: 030 6 34 79 82		

1. Die Praktikumsrichtung erklärt sich bereit, dem o. g. Praktikanten in der Zeit vom

ein berufsorientierendes oder berufswahlvorbereitendes Praktikum zu ermöglichen.

2. Der Praktikant hat keinen Anspruch auf ein Entgelt. Er soll lediglich einen Einblick in die reale Berufswelt und Unterstützung bei der Berufswahl erhalten.
3. Das Praktikum ist eine Schulveranstaltung. Es besteht für den Praktikanten gesetzlicher Unfallversicherungsschutz durch das jeweilige Bundesland.
4. Die Arbeitszeit beträgt maximal 6 Zeitstunden pro Arbeitstag, incl. Pausen. Insgesamt dürfen 30 Zeitstunden pro Woche nicht überschritten werden. Der Praktikant darf seine Arbeit frühestens 07:00 Uhr beginnen und muss sie spätestens 20:00 Uhr beenden. Die genaue Arbeitszeit sowie die Pausenregelung legt die Praktikumsrichtung entsprechend den konkreten Erfordernissen und unter Beachtung des Jugendarbeitsschutzgesetzes fest.

Praktikumsleiter/in (betreuende Lehrkraft) der Schule:	Telefon:
	030 633 83 21

Der Praktikant ist am ersten Arbeitstag über betriebliche Unfall- und Gesundheitsgefahren sowie die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen zu belehren.

Praktikumseinrichtung	Praktikant/in	Erziehungsberechtigte/r	Schule
Datum _____ Unterschrift/Stempel	Datum _____ Unterschrift	Datum _____ Unterschrift	Datum _____ Unterschrift/Stempel

Ist ein Gesundheitspass notwendig?

ja

nein