

# Bescheinigung

Hiermit bestätigen wir, dass

---

(Name und Adresse des Schülers/ der Schülerin)

in der Zeit vom 25.01.2027 bis 05.02.2027 in unserem Hause ein  
Schülerbetriebspraktikum absolvieren kann.

Es ist

● erforderlich ☐

● nicht erforderlich ☐

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

dass sich der Schüler einer Belehrung durch das Gesundheitsamt gemäß  
Infektionsschutzgesetz § 43 unterzieht.

Die Praktikantin / der Praktikant wird in unserem Hause von Herrn / Frau

---

(Name und Telefonnummer der Betreuerin / des Betreuers)

betreut, der/die für weitere Auskünfte zur Verfügung steht.

---

Unternehmen/Betrieb

---

Adresse bzw. Stempel (gut lesbar)

---

Unterschrift

---

Bei **Fragen** wenden Sie sich bitte an:  
Städtisches Gymnasium Wermelskirchen  
Stockhauser Str. 13  
42929 Wermelskirchen  
Tel.: 02196 - 70 86 90  
Leiter des Schülerbetriebspraktikums: Arne Frühlingsdorf