
Name, Vorname des Schülers
bzw. der Schülerin

Klasse

An

den/die Klassenlehrer/in

des Gymnasiums Wesermünde

Humboldtstr. 12-14

27570 Bremerhaven

Erklärung d. Erziehungsberechtigten zum Betriebspraktikum vom 12.01. bis
23.01.2015

für

Name

Vorname

Ich habe von der Durchführung des Betriebspraktikums in der Zeit vom 12.01. bis 23.01.2014 Kenntnis genommen und gebe hiermit meine Zustimmung zu einer eventuell notwendig werdenden amtsärztlichen Untersuchung durch das Staatliche Gesundheitsamt des Landkreises Cuxhaven.

Ort, Datum

Unterschrift