



PRAXISWOCHEVEREINBARUNG

Zwischen

1. _____

(Anleiter/Anleiterin, Anschrift, Telefon)

und

2. _____ dem **Berufsbildungszentrum Dithmarschen,
Friedrichshöfer Straße 31, 25704 Meldorf, 04831-903-0**

Ich habe die Rahmenvereinbarung^{*1} (mit der Einrichtung geschlossen) für die Durchführung der Praktikumswochen **und** die Praxiswochenvereinbarung* zur Kenntnis genommen und erkenne sie an.

Praxisstelle

Ort, Datum

Unterschrift Anleiterin/Anleiter

Fachschule/Berufsfachschule

Ort, Datum

Unterschrift betreuende Lehrkraft/Tutor_in

Praktikant/Praktikantin

Ort, Datum

Unterschrift der Praktikantin/des Praktikanten

¹Rahmenvereinbarungen sind für Einrichtungen neu zu schließen, die noch keine vorherige unterschrieben haben.