

# Oberstufenkoordination

KGS Schneverdingen  
Am Timmerahde 28-30  
29640 Schneverdingen

Telefon: 05193 – 51980  
Fax: 05193 – 519840  
Mail: oberstufenkoordination@kgs-schneverdingen.eu



Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Praktikumswunsch / Praktikumsbetrieb:

\_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte(r): \_\_\_\_\_

Adresse (wenn abweichend): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bin damit einverstanden, dass

meine Tochter / mein Sohn \_\_\_\_\_

am Betriebspraktikum **vom 27. Oktober 2025 bis 07. November 2025** teilnimmt.

Ferner nehme ich zur Kenntnis, dass das Praktikum die vollen Arbeitstage im Betrieb umfasst.

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)

