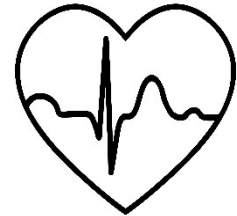


**Praktische Ausbildung
Berufsfachschule dual – Gesundheit (BFG)**



Bescheinigung für die Schule

(Bitte beim Vorstellungsgespräch aushändigen!)



Hiermit bestätigen wir, dass die Schülerin / der Schüler

Vorname, Name:Geb.-Datum:.....

die **14-tägige praktische Ausbildung** in der Zeit

vom **Montag, 26. Oktober 2026** bis einschl. **Freitag, 6. November 2026**

in meinem/unserem Betrieb absolvieren wird. Die praktische Ausbildung wird einer regulären **Vollzeitbeschäftigung** (d.h. einer wöchentlichen Arbeitszeit von ca. 40 Zeitstunden, insgesamt also 80 Zeitstunden) entsprechen und soll dem Praktikanten dabei helfen, **gesundheitsbezogene Zusammenhänge in der Praxis** erfahren zu können.

Versicherung während der praktischen Ausbildung: Für die Dauer der Durchführung der praktischen Ausbildung unterliegen die Schülerinnen und Schüler wie beim Schulbesuch der gesetzlichen Unfallversicherung. Außerdem besteht für unsere Schülerinnen und Schüler für berufsorientierende Maßnahmen Deckungsschutz für Haftpflicht- und Sachschäden durch den Kommunalen Schadenausgleich Hannover. Die jeweiligen Deckungsbeträge können beim Schulträger und beim Kommunalen Schadenausgleich Hannover abgefragt werden.

E-Mail: _____

(Stempel, bzw. Anschrift und Telefonnummer des Betriebes)

.....
Ort, Datum

.....
Stempel und Unterschrift