



Mein Sohn / Meine Tochter

absolviert ein zusätzliches, freiwilliges Praktikum während der Schulzeit oder der Ferien.

**Praktikumsstart:**

**Praktikumsende:**

**Praktikumsbetrieb:**

Unterschrift und Firmenstempel mit Adresse

**Praktizierter Beruf:**

Als Erziehungsberechtigter verpflichte ich mich hiermit selbstständig meinen Sohn / meine Tochter zu versichern.

Kontaktadresse: Eltern beim Bayerischen Versicherungsverband  
80E  
80530 München  
Tel: 089/2160 – 3384 oder -3620 oder -3162  
Kosten: 6,50€/Woche

Des Weiteren trage ich dafür Sorge, dass versäumte Unterrichtsinhalte selbstständig nachgearbeitet werden. Erkrankt mein Sohn / meine Tochter während des Praktikums muss dies sowohl in der Schule als auch im Betrieb gemeldet werden.

Datum, Ort

Unterschrift des Erziehungsberechtigten