



Erasmus+



Robert-Schmidt-Berufskolleg

Einverständniserklärung des Ausbildungsbetriebs

Wir sind damit einverstanden, dass unser:e Auszubildende:r

Vorname Nachname geb. TT.MM.JJJJ

im Rahmen des Erasmus+-Mobilitätsprojektes (Antragsnummer 2025-1-DE02-KA121_VET-000323813)
während seiner/ihrer Ausbildung ein Praktikum absolviert bei:

1. Name und Adresse der Gastfirma/des Praktikumsbetriebes

| | |
|----------------------|--|
| Datum des Praktikums | Sonntag, 04.10. bis Samstag, 07.11.2026 |
| Praktikumsdauer | 5 Wochen (Herbstferien von 17.10 bis 31.10.2026 enthalten) |
| Praktikumsbereich | Wirtschaft und Verwaltung, kaufmännische Tätigkeiten |

Wir nehmen zur Kenntnis, dass für die Dauer des Praktikums eine Freistellung erfolgt und weder Urlaub noch Ausbildungsvergütung abgezogen werden.

2. Name des Ausbildungsbetriebes

Name Kontaktperson

Frau/Herr

Funktion/Ausbildungsverantwortliche:r

Straße

PLZ/Ort

Bundesland

NRW

Telefon

+49 (0)

Fax

+49 (0)

Mobil

+49 (0)

e-mail

Stadt /Datum

Firmenstempel

Unterschrift