

Aufhebung der Kooperationsvereinbarung zwischen

Firma / Einrichtung
(im Folgenden „Praxislernort“ genannt)

Firmen- bzw. Einrichtungsstempel	Name der praxisverantwortlichen Person:	
	Telefon:	
Praxisort, wenn abweichend:		

und der Schülerin / dem Schüler

--

Begründung: (wenn gewünscht)

Ort, Datum

Kenntnisnahme/ Unterschrift

	Praxislernort
	Schüler/-in
	Erziehungsberechtigte / r
	Lehrkraft