

**Wilhelm-Lückert-Schule Gräfestr. 8 34121 Kassel Tel. 0561 - 22337 Fax 0561 – 22166 poststelle@lueckert.kassel.schulverwaltung.hessen.de**

**Praktikumsbewerbung**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name:** |  |
| **Adresse:** |  |
| **Telefon:** |  |
| **Email:** |  |
|  |  |
| **Ausbildung****(z.B. schulische Ausbildung, Berufsausbildung)** |  |
|  |  |  |  |  |
| **Praktikumszeitraum** |  |
|  |  |  |  |  |
| **Ziel des Praktikums:** |  |
| **Einsatzwünsche** **(z.B. Jahrgangsstufe, Abteilung, Fächer)** |  |

**Bitte füllen Sie die Tabelle aus und senden diese an uns zur weiteren Bearbeitung zurück.**

|  |
| --- |
| **Von der Schule auszufüllen** |
| **Mentor/ Mentorin:**  | **Klasse:**  |