

Fachschule für Heilerziehungspflege

Bestätigung über einen Praktikumsplatz in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderung

Rückgabe an die Praxislehrerin bis spätestens _____

Name, Anschrift und Telefonnummer der/des Studierenden

Name, Anschrift und Telefonnummer der Praktikumsstelle

Name des Ansprechpartners/ der Ansprechpartnerin der Praktikumsstelle

Stempel der Praktikumsstelle
und Unterschrift der Leiterin/ des Leiters

Unterschrift der Studierenden/
des Studierenden

Fachschule für Heilerziehungspflege

Bitte nur ausfüllen, wenn das Praktikum einen Schwerpunkt in der Pflege von Menschen mit Behinderungen bildet:

Hiermit wird bestätigt, dass die Aufgaben des/ der Studierenden einen Schwerpunkt in der Pflege von Menschen mit Behinderungen haben.

Unterschrift und Stempel der Einrichtung