



BESCHEINIGUNG ÜBER NACHGEARBEITETE FEHLTAGE IM PRAKTIKUM

Bitte ankreuzen:

- | | | | | | |
|--------------------|--------------------------|-------------------------------|-----------------|--------------------------|-------------------|
| Sozialassistenten: | <input type="checkbox"/> | Orientierungspraktikum | Sozialpädagogik | <input type="checkbox"/> | 1. Blockpraktikum |
| | <input type="checkbox"/> | Erprobungspraktikum | | <input type="checkbox"/> | 3. Blockpraktikum |
| | <input type="checkbox"/> | Sonderpädagogisches Praktikum | | <input type="checkbox"/> | Freizeitpraktikum |
| | <input type="checkbox"/> | Abschlusspraktikum | | | |

Name und Vorname der Praktikantin / des Praktikanten:

Name und Adresse der Einrichtung, in der die Nacharbeit erfolgte:

Zeitraum der Nacharbeit:

vom _____ bis _____

Anzahl der in diesem Zeitraum nachgearbeiteten Fehltage: _____

Datum und Unterschrift der Anleitung oder der
Einrichtungsleitung

Einrichtungstempel