

BESCHEINIGUNG ÜBER NACHGEARBEITETE FEHLTAGE IM PRAKTIKUM

Bitte ankreuzen:

- | | | | |
|--------------------|--|-----------------|--|
| Sozialassistenten: | ☐ Orientierungs-/ Erprobungspraktikum | Sozialpädagogik | ☐ 1. Blockpraktikum |
| | ☐ Sonderpädagogisches Praktikum | | ☐ 3. Blockpraktikum |
| | ☐ Abschlusspraktikum | | ☐ Freizeitpraktikum |

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

Einrichtungsstempel