Teilnahmebestätigung (confirmation of participation)

Schulpraktikum (school traineeship)

Von dem/der Studierenden mit dem Praktikumsbericht bei dem/der betreuenden Dozent/in einzureichen (back to lecturer)

Praktikumsbüro
Lehramtsbezogene Berufswissenschaft
Frau Sandra Wittchow
Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin

E-Mail: praktikumsbuerolbw@dse.fu-berlin.de
Telefon: 030-838 64603

Herr/Frau (Mr / Mrs) (Matrikelnummer ((registration number):)

hat in der Zeit (from – to) vom bis

an folgender Schule (name of school):

Schultyp (school form):

Anschrift (address):

ordnungsgemäß am Schulpraktikum (90 Stunden: Unterrichtsbeobachtungen, angeleitete kleine Unterrichtsaufgaben) teilgenommen (participate in traineeship (90hours: sitting in on lectures, teaching).

Unterrichtsfach/-fächer (subject/s):

Klasse/n (grade/s):

Mentor/in (name of teacher):

Stempel (stamp)

_____ _____

Ort, Datum (place, date) Unterschrift Schulleitung

(signature headmaster)