

Berufsfelderschließendes Praktikum | Teilnahmebestätigung

Hiermit wird bestätigt, dass

<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> d	
Name, Vorname	
Matrikelnummer	

an unserer Schule

Name der Schule	
ggf. Schulnummer (BSN)	
Schultyp	<input type="checkbox"/> Grundschule <input type="checkbox"/> Oberschule/Gesamtschule mit gymnasialer Oberstufe/Gymnasium/ Integrierte Sekundarschule <input type="checkbox"/> Oberstufenzentrum <input type="checkbox"/> Berufliche Bildung <input type="checkbox"/> Zweiter Bildungsweg <input type="checkbox"/> Sonderpädagogische Förderung <input type="checkbox"/> _____
Anschrift der Schule	
im Zeitraum	

ordnungsgemäß am Berufsfelderschließenden Praktikum (90 Stunden: Unterrichtsbeobachtungen, angeleitete kleine Unterrichtsaufgaben) teilgenommen hat.

Ort/Datum

Unterschrift Schulleitung

Schulstempel