

## Sozialpraktikum (Kl. 9)

Hiermit bestätigen wir

\_\_\_\_\_ (Sozialpraktikumsstelle)

\_\_\_\_\_ (Anschrift)

\_\_\_\_\_ (Ansprechpartner/Ansprechpartnerin)

\_\_\_\_\_ (Telefon/Fax/Email)

dass

\_\_\_\_\_ (N a m e, Vorname)

in unserer Einrichtung das einwöchige Sozialpraktikum absolviert hat.

**Tätigkeitsschwerpunkt:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Ansprechpartners /Stempel