

Zustimmungsantrag zur Aufnahme des Praktikums an der Praxisstelle

Stufe/Klasse

1BKSP Praxistage montags+dienstags 2BKSP Praxistag 2BKSP1 dienstags
2BKSP2 donnerstags

Name PraktikantIn

1. Anschrift der Einrichtung:

Name

Straße

PLZ, Ort

Telefon, Fax

E-Mail

Leitung der Einrichtung

Betriebserlaubnis nach § 45 SGB VIII

ja nein

2. AnleiterIn PraktikantIn:

Name

Berufsbezeichnung, Berufsjahre

3. Allgemein:

Anzahl der Gruppen

Gruppengröße, Alter der Kinder

Besonderheiten

Öffnungszeiten

4. Unterschriften

Praxisstelle Datum: _____

AnleiterIn / Leitung der Einrichtung - Stempel

SchülerIn Datum: _____

SchülerIn

Schule Datum: _____

Betreuende LehrerIn der Schule – Stempel