

## 2.3. ABSCHLUSSBESCHEINIGUNG PR 1 (640 STD.)

DIESES FORMULAR ZU BEGINN DES FOLGENDEN SEMESTERS DEM PRAXISREFERAT VORLEGEN!

MATRIKEL-NR: \_\_\_\_\_

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Praktikumsstelle \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

(genaue Bezeichnung mit Anschrift und Telefon)

**Hiermit wird bescheinigt, dass**

(Vorname, Name) \_\_\_\_\_

**in der Zeit vom** \_\_\_\_\_ **bis** \_\_\_\_\_ **das erforderliche**

**Praktikum im Umfang von 640 Stunden erfolgreich in unserer Einrichtung abgeleistet hat.**

.....  
(Stempel der Praxisstelle)

.....  
(Datum)

.....  
(Unterschrift der Praxisanleitung / Einrichtungsleitung)

**Praxisbegleitveranstaltung wurde besucht bei der Dozentin/ dem Dozenten:**

.....

**AUSGEFÜLLTES FORMULAR KOPIEREN UND DAS ORIGINAL DEM PRAXISREFERAT VORLEGEN!**