

# Nachweis der Praxisstunden

Zulassungsvoraussetzung zur Schulfremdenprüfung

<input type="checkbox"/> Frau	Name	Vorname	Geboren am
<input type="checkbox"/> Herr			

hat in unserer Institution/Einrichtung ein **Praktikum** absolviert.

Die Tätigkeit fand im Zeitraum vom	Tag	Monat	Jahr	bis zum	Tag	Monat	Jahr
mit einer <b>Wochenstundenzahl</b> von			statt.				

Die <b>Gesamtstundenzahl</b> im Praktikum betrug	Das Praktikum fand in der folgenden Altersgruppe statt:
	<input type="checkbox"/> Kinder unter 3 Jahren
	<input type="checkbox"/> 3- bis 6-jährige Kinder
	<input type="checkbox"/> Schulkinder
	<input type="checkbox"/> Jugendliche
Im Praktikum wurden der Praktikantin/dem Praktikanten folgende Aufgaben übertragen	

Datum	Ort	Name der Praxisanleitung
Ausbildung der Praxisanleitung		

Einrichtung	Stempel der Institution/Einrichtung
Straße und Haus-Nr.	
PLZ/Ort	
Telefon	
E-Mail	
Datum	Unterschrift der Praxisanleitung