

Berufsanerkennungsjahr

Name Berufspraktikant*in
Privatanschrift
Telefon
E-Mail

Angaben zur Einrichtung

Name, Bezeichnung, Adresse, Telefon, E-Mail der Praxisstelle

.....
.....
.....
.....

Träger der Einrichtung
.....

Name und Berufsbezeichnung
der Leitung der Einrichtung

Art der Einrichtung
Anzahl und Größe der Gruppen

Angaben zum Einsatzgebiet und zur Praxisanleitung

Name Praxisanleiter*in
Berufsbezeichnung
Mindestens zweijährige
Berufserfahrung ja..... nein.....

Gruppengröße/
Alter der Gruppenmitglieder

Arbeitszeit (von/ bis)

Anzahl der wöchentlichen
Arbeitsstunden

Datum der Einstellung

Ort/ Datum

.....
Unterschrift Praktikant*in

.....
Unterschrift der Leitung / Stempel der Einrichtung