

Zustimmungsantrag zur Aufnahme des Praktikums an der Praxisstelle

Stufe/Klasse 1BKSP 2BKSP 3BKSP

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