Hiermit wird dem Schüler / der Schülerin \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name Schüler/Schülerin

der AWO-Altenpflegeschule Burghaun/Fulda bestätigt, dass er/sie in der Zeit von

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_bis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zeitraum des Wechselpraktikums

in unserer Einrichtung / in unserem Mobilen Dienst

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name und Adresse der Einrichtung/des Dienstes

ein Wechselpraktikum im Rahmen der Ausbildung macht.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift

