

Praxisprojekt Präsenzstudiengang Frühpädagogik B.A.
Nachweis der Einrichtung über die Praxistätigkeit

Zurück an:
die*den Lehrende*n des Praxisprojekts
Lübecker Ring 2
59494 Soest

Name, Vorname _____ Matr. Nr.: _____

Angabe zum Praxisprojekt: I II

Praxiseinrichtung: _____

Hiermit wird bescheinigt, dass der/die Studierende die pflichtgemäßen 15 Tage
(1 2 0 S t u n d e n) Praxistätigkeit im Zeitraum vom _____ bis zum
_____ absolviert hat.

Die übertragenen Aufgaben wurden zur Zufriedenheit ausgeführt. ja nein

Die übertragenen Aufgaben waren:

Datum _____

Unterschrift Einrichtungsleitung, Stempel der Einrichtung