



Bestätigung über den Zeitraum des Berufspraktikums 20__ / 20__

Bitte am Ende des Berufspraktikums an die BBS EHS senden/abgeben. Erst nach Vorlage dieser Bescheinigung wird das offizielle Abschlusszeugnis ausgehändigt!

Name der Einrichtung: _____

Anschrift: _____

Tel-Nr. für ggf. Rückfragen: _____

Hiermit wird bestätigt, dass die Berufspraktikantin / der Berufspraktikant

Geb.-Datum _____ Geb.-Ort. _____

Klasse: FSS BP _____

das Berufspraktikum in der Zeit vom _____ bis _____ in der oben angegebenen Einrichtung absolviert hat. Darin sind _____ Fehltage infolge Krankheit enthalten (betragen Ausfallzeiten infolge Krankheit mehr als 20 Arbeitstage, so verlängert sich das Berufspraktikum, gem. § 9 Abs. 4 der Fachschulverordnung im Fachbereich Sozialwesen vom 02. Februar 2005, um die darüber hinausgehende Zeit).

Bestätigung durch
die Berufspraktikantin / den Berufspraktikanten

Bestätigung des Trägers
Stempel

Datum / Unterschrift

Datum / Unterschrift

Bestätigung der Einrichtung
Stempel

Datum / Unterschrift