



## Bestätigung eines Praktikumsplatzes

für das Praktikum im Rahmen der Ausbildung zur staatlich geprüften sozialpädagogischen Assistentin / sozialpädagogischen Assistenten am Beruflichen Gymnasium Gesundheit und Soziales – Sozialpädagogik -

Wir bestätigen, dass die Schülerin / der Schüler

---

das oben genannte **Praktikum** in der Zeit vom

**05. Februar – 16. Februar 2024 und 03. Juni – 14. Juni 2024**

in unserer Einrichtung

\_\_\_\_\_ (Name der Einrichtung)

\_\_\_\_\_ (Straße, Hausnummer)

\_\_\_\_\_ (Postleitzahl, Ort)

absolvieren kann.

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner in unserer Einrichtung ist:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Die Hinweise aus der „Vereinbarung zum Praktikum“ sind uns bekannt und finden unser Einverständnis.**

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort), (Datum)