



BERUFSBILDENDE SCHULEN
KASTANIENALLEE
LEONHARDSTRASSE

MARTHA-FUCHS-SCHULE

Bescheinigung über die abgeleisteten Stunden

bis: _____ (Datum einfügen)

Name und Adresse der Einrichtung

Hiermit bestätigen wir, dass Frau/Herr/Divers

im Zeitraum von _____ bis _____ (Daten einfügen) in unserer Einrichtung im Rahmen des Besuches der Fachoberschule Gesundheit und Soziales – Schwerpunkt Sozialpädagogik

_____ **Stunden**

abgeleistet hat.

Wir bestätigen ferner, dass die genannten Stunden sich anteilig gemäß Vertrag auf die Bereiche Erziehung, Versorgung und Verwaltung verteilen.

Datum, Unterschrift, Stempel