Fachhochschule Südwestfalen
University of Applied Sciences

Praxisprojekt Verbundstudiengang 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 ○ III ○ IV ○ V ○

Praxiseinrichtung: _____

Hiermit wird bescheinigt, dass der/die Studierende die pflichtgemäßen ca. 67 Stunden (Praxisprojekt I-IV) bzw. ca. 132 Stunden (Praxisprojekt V) 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