



- 1jähriges Berufskolleg für Sozialpädagogik -

SOZIALPÄDAGOGISCHE PRAXIS

Schuljahr 2024/2025

Schüler / Schülerin:

Name _____

Anschrift _____

Telefon _____

Sozialpädagogische Einrichtung:

Bitte hier Stempel der Einrichtung anbringen →

*Angaben nur erforderlich, wenn im
Stempelabdruck nicht enthalten:

*Anschrift _____

*Telefon _____

*Email: _____

*Homepage _____

Einrichtungsleitung _____

Öffnungszeit _____

Praktikant / Praktikantin in der sozialpädagogischen Einrichtung

Einsatzbereich _____

Praxistage Montag/Dienstag Donnerstag/Freitag egal/beides möglich

Praxisbeginn _____

Anleiter / -in _____

....., den

Unterschrift Einrichtungsleitung