NACHWEIS ÜBER ART UND DAUER EINES SOZIALPRAKTIKUMS

Name: **Klasse:**
Straße:
Wohnort:

Einrichtung:

Datum	Zeit	Beschreibung der Tätigkeit

Wir bestätigen, dass oben genannte/r Schüler/in mindestens 20 Zeitstunden in unserer Einrichtung abgeleistet hat.

Datum: **Stempel:** **Unterschrift:**