



## Fachschule Sozialwesen Fachrichtung Sozialpädagogik

---

### Bestätigung über den Zeitraum des Berufspraktikums

20\_\_/20\_\_

---

*Bitte am Ende des Berufspraktikums an die BBS EHS senden/abgeben. Erst nach Vorlage dieser Bescheinigung wird das offizielle Abschlusszeugnis ausgehändigt!*

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. für ggf. Rückfragen: \_\_\_\_\_

Hiermit wird bestätigt, dass die Berufspraktikantin / der Berufspraktikant

\_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_ Geb.-Ort. \_\_\_\_\_

Klasse: FSS BP \_\_\_\_\_

das Berufspraktikum in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in der oben angegeben  
Einrichtung absolviert hat. Darin sind in zweiten Vertragsjahr \_\_\_\_\_ Fehltage und im dritten  
Vertragsjahr \_\_\_\_\_ Fehltage infolge Krankheit enthalten (betragen Ausfallzeiten infolge  
Krankheit mehr als 20 Arbeitstage pro Vertragsjahr, so verlängert sich das Berufspraktikum, gem. § 9 Abs. 4 der  
Fachschulverordnung im Fachbereich Sozialwesen vom 02. Februar 2005, um die darüber hinausgehende Zeit).

Bestätigung durch  
die Berufspraktikantin / den Berufspraktikanten

Bestätigung des Trägers  
Stempel

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift

Bestätigung der Einrichtung  
Stempel

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift