



Bestätigung von Hospitationen
- HBFS -

Name der Einrichtung: _____

Anschrift: _____

Tel-Nr. für ggf. Rückfragen: _____

Hiermit wird bestätigt, dass die Schülerin / der Schüler

in der Zeit vom _____ bis _____ in der oben angegeben

Einrichtung _____ Stunden hospitiert hat.

Stempel

Datum / Unterschrift