

Soziales Praktikum am Gymnasium Wilhelmsdorf

– Bestätigung der Partnereinrichtung –



Name und Adresse der Einrichtung:	Name der Schülerin/ des Schülers: Klasse:
-----------------------------------	--

Wir bestätigen hiermit, dass o.g. Schülerin / o.g. Schüler das Soziale Praktikum im Umfang von 16 Stunden in unserer Einrichtung durchführen kann.

Ansprechpartner in der Einrichtung:

Name:

Tel:

Mail:

Datum: _____ Unterschrift: _____