

\_\_\_\_\_  
Name der sozialpädagogischen Institution

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ                      Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon/Fax

## **Bescheinigung über einen Hospitationstag**

Hiermit wird bestätigt, dass Frau/Herr \_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_

in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

in unserer Einrichtung hospitiert hat.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Leiterin bzw. Leiter der Praxisstelle