



Zustimmungsverfahren für Praxisstellen im Oberkurs

| | |
|---|--|
| Name/Telefonnummer der Praktikantin/des Praktikanten | |
| Art der Einrichtung Anzahl der Kinder | |
| Name der Einrichtung | |
| Anschrift der Einrichtung (PLZ, Ort, Stadtteil) | |
| Telefon | |
| E-Mail-Adresse | |
| Öffnungszeiten | |
| Name des Anleiters/der Anleiterin | |
| Berufsbezeichnung | |
| Berufserfahrung | |
| Tage, an denen unter keinen Umständen ein Praxisbesuch möglich ist (z. B. Konzeptionstag) | |

Datum/Unterschrift der Anleitung oder der Leitung:

Abgabetermin: vor den Herbstferien

