



Hauptpraktikum I LA für Sonderpädagogik

Hospitationsstunden: 30 Stunden à 45 min

Praktikantin / Praktikant

Name der Einrichtung:						Name:				
Ansprechpartner/-in:						Vorname:				
Straße:						Matrikelnummer:				
PLZ/ Ort:						E-Mail:				
Ifd.Nr.:	Datum	von	bis	Anzahl der Stunden	Fach	Name und Unterschrift der Lehrkraft				
Summe:										

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt. Die Liste wurde mit der Ifd. Nummer.: ___ geschlossen.