



**Orientierungspraktikum LA an Gymnasien/ LA an Regionalen Schulen/
LA für Sonderpädagogik**

Hospitationsstunden: 50 Stunden à 45 min

Praktikantin / Praktikant

| Name der Einrichtung: | | | | Name: | | |
|-----------------------|-------|-----|-----|--------------------|------|-------------------------------------|
| Ansprechpartner/-in: | | | | Vorname: | | |
| Straße: | | | | Matrikelnummer: | | |
| PLZ/ Ort: | | | | E-Mail: | | |
| lfd.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 lfd. Nummer.: __ geschlossen.

Datum/ Unterschrift Praktikant/-in

Datum/ Unterschrift/ Stempel der Einrichtung