



SOZIALPRAKTIKUM

In der Zeit vom 07.10.-11.10.2024

Schüler/in : _____

Klasse: _____ Klassenlehrer/in: _____

Obengenannte(r) Schüler/in kann das Sozialpraktikum ableisten.

Einrichtung: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____

Für die Betreuung i.d. Einrichtung ist Frau/Herr _____ zuständig.

Abteilung: _____ Telefon: _____

Aufgabenbeschreibung:

Arbeitszeit: _____

Datum und Unterschrift (Einrichtung)

Datum und Unterschrift (Eltern)