

Praxisstellennachweis

Vor- und Zuname der Praktikantin / des Praktikanten:			
Anschrift:			
Telefonnummer:		E-Mail:	
Klasse:		Praxislehrer:	
		Klassenlehrer:	
Kontakt Daten der Schule:	Berufskolleg Kaiserswerther Diakonie Alte Landstr. 179e 40489 Düsseldorf	Tel: 0211/ 409-3453 Fax: -3454 E-Mail: berufskolleg@kaiserswerther-diakonie.de	

Zeitraum des Praktikums: (im Berufspraktikum sowie für die PIA ist der Vertragszeitraum anzugeben)	Block I: 29.10. – 23.11.2018 Block II: 29.04. – 24.05.2019
--	---

Das Praktikum erfolgt in:

Name der Institution:	
Träger der Institution:	
Anschrift der Praxisstelle	
Stadtteil:	
Telefonnr. der Praxisstelle / Gruppe:	
Faxnr. der Praxisstelle / Gruppe:	
E-Mail-Adresse:	
Art und Größe der Gruppe:	
Alter der Gruppenmitglieder:	
Name der Leiterin/ des Leiters:	
Name der Gruppenleiterin / des Gruppenleiters:	
Name und <u>Qualifikation</u> der/des zuständigen Praxisanleiterin/ Praxisanleiters:	

Sonstige Bemerkungen:
