

BESTÄTIGUNG

der Einrichtung/der Praxisstelle/des Kooperationspartners

(Bitte leserlich ausfüllen)

Der/die Auszubildende

Name: _____ Vorname: _____

soll in Zusammenarbeit zwischen der Fachschule für Sozialwesen der Johannes-Diakonie Mosbach und des Kooperationspartners ausgebildet werden.

Adresse des Kooperationspartners:

Telefon:

Mail:

Ansprechpartner des Kooperationspartners:

ab Schuljahr: _____

zum/zur Heilerziehungspfleger/in

zum/zur Heilerziehungsassistent/in

Beginn der praktischen Ausbildung: _____

Tag/Monat/Jahr

(Datum)

(Unterschrift Ansprechpartner)