

Fachschule Heilpädagogik in Teilzeit

Bescheinigung

Hiermit bestätigen wir, dass der/die Schüler/in

im Rahmen der Ausbildung an der Fachschule Heilpädagogik in Teilzeit – tätigkeitsbegleitend – (01.08.2026 – 31.01.2029) in unserer Einrichtung angestellt ist.

Datum/ Unterschrift

Ansprechpartner/in:

Name der Einrichtung:

Adresse:

Tel.:

Stempel