



Absender: _____
Einrichtung: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____

Institut für Soziale Berufe
Fachschule für Sozialwesen
der Fachrichtung Heilerziehungspflege
Marktstraße 9/2
88410 Bad Wurzach

E-Mail: hep@ifsb-rv.de
Fax: 0049 7564 3069-18

BESTÄTIGUNG PRAXISSTELLE

Hiermit bestätigen wir, dass

Frau / Herr _____
geb. am _____ in _____

die fachpraktische Ausbildung während der Ausbildung

zum / zur Heilerziehungspfleger/in

ab dem **01. September** _____ in unserer Einrichtung absolvieren wird.

Die fachpraktische Ausbildung erfolgt in:

Name d. Einrichtung _____

Wohnbereich / Gruppe _____
Straße _____
PLZ/Ort _____
Ansprechpartner _____
Telefonnummer: _____
E-Mail _____

.....
Datum

.....
Stempel und Unterschrift der Einrichtung