Absender:

Edith-Stein-Schule
Seekatzstraße 18-22
64285 Darmstadt

Sozialpraktikum vom 07.09.2026 bis 18.09.2026

Hiermit bestätigen wir, dass

..... z.Zt. Klasse .....
(Name, Vorname)

vom 07.09.26 bis 18.09.26 das Sozialpraktikum bei uns absolvieren kann.

.....
(Institution/Einrichtung)

.....
(Anschrift)

.....
(Telefon und Mail-Adresse)

Zuständig für die Betreuung in der Einrichtung ist Frau / Herr

.....
(Name)

.....
(Telefon / Mail-Adresse)

Die Kenntnisnahme der „Hinweise für das Sozialpraktikum – Merkblatt für Institutionen“ wird hiermit bestätigt.

....
(Ort, Datum) (Unterschrift)