Absender:

Edith-Stein-Schule Darmstadt

Seekatzstraße 18-22

64285 Darmstadt

Sozialpraktikum vom 06.09. bis 17.09.2027

Hiermit bestätigen wir, dass

…… z.Zt. Klasse ……

(Name, Vorname)

vom 06.09. bis zum 17.09.2027 das Sozialpraktikum bei uns absolvieren kann.

……

(Institution/Einrichtung)

……

(Anschrift)

……

(Telefon / Mail-Adresse)

Zuständig für die Betreuung in der Einrichtung ist Herr/Frau

……

(Name)

……

(Telefon / Mail-Adresse)

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

…… ……

(Ort, Datum) (Unterschrift)