

**Nachweis eines selbstorganisierten Praktikums**  
als Bedingung zur Erlangung der Fachhochschulreife  
für die Schulform:  
Zweijährige Berufsfachschule Gesundheit/Soziales (FHR)

Frau/Herr \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_,

hat in dem Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_

ein Praktikum in unserem Haus abgeleistet.

Die Arbeitszeit betrug \_\_\_\_\_ Stunden täglich; 5 Tage die Woche.

Fehlzeiten: \_\_\_\_\_ Tage/Stunden (Nichtzutreffendes bitte streichen)

Folgende Tätigkeiten gehörten zu ihren/seinen Aufgaben:

---

---

---

Dienstleistungsbereich der Praxisstelle: \_\_\_\_\_

Sie/er wurde betreut von Frau/Herrn

---

Vorname + Name	Ausbildung/Funktion
----------------	---------------------

---

Name/Anschrift/Telefonnummer der Praxisstelle

---

Ort/Datum	Unterschrift + Stempel der Praxisstelle
-----------	---