

## Inklusive Behindertenbegleitung – Fach-Sozialhilfe

Praktikant/in: \_\_\_\_\_

Praktikumsstelle: \_\_\_\_\_

Praktikumsdauer: \_\_\_\_\_

### STUNDENNACHWEIS

Tag	Datum	Dienstzeit	Pause.	Dienstzeit	Gesamtstunden
Mo					
Di					
Mi					
Do					
Fr					
Sa					
So					
Mo					
Di					
Mi					
Do					
Fr					
Sa					
So					

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Praktikant/in

.....  
Stempel/Unterschrift Stelle