

# BESTÄTIGUNG

## der Einrichtung/der Praxisstelle/des Kooperationspartners

(Bitte leserlich ausfüllen)

### Der/die Auszubildende

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

soll in Zusammenarbeit zwischen der Fachschule für Sozialwesen der Johannes-Diakonie Mosbach und des Kooperationspartners ausgebildet werden.

### Adresse des Kooperationspartners:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Telefon:

\_\_\_\_\_

### Mail:

\_\_\_\_\_

### Ansprechpartner des Kooperationspartners:

\_\_\_\_\_

ab Schuljahr: \_\_\_\_\_

zum/zur  Heilerziehungspfleger/in

zum/zur  Heilerziehungsassistent/in

Beginn der praktischen Ausbildung: \_\_\_\_\_

Tag/Monat/Jahr

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Ansprechpartner)