

Bestätigung Blockpraktikum (BP)

confirmation block internship

(M.Ed. Lehramt Sonderpädagogik)

M.Ed. Special Needs Education

Name, Vorname der:des Studierenden _____

surname, name student

Matrikelnummer _____

student number

2. Fachrichtung _____

educational subject

(4-wöchiges Blockpraktikum /4-weeks internship)

Schule/Ort _____

school/place

Kontakt (Adresse) _____

address/contact

Praktikumszeitraum vom _____ bis _____

in the period from

to

Der:die Studierende hat das BP gemäß den Vorgaben des ZfS der Pädagogischen Hochschule Heidelberg durchgeführt. Ein Gutachten wird dem ZfS zugeleitet.

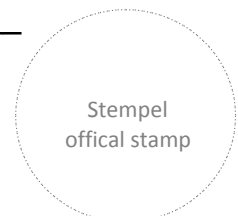
The student has completed the 4 week internship in compliance with the guidelines of the internship office. An evaluation will be presented to the office for internship.

Name Mentor:in (bzw. Schulleitung) _____

mentor's name

Datum / Unterschrift _____

date/signature



Die vollständig ausgefüllte Bestätigung **im Original** im ZfS abgeben. Eine Kopie verbleibt in Ihren Unterlagen. Bei Auslandspraktika bitte stets auch das Gutachten im ZfS vorlegen.
Please submit the original confirmation to the internship office. Please remain a copy for your records.