

Absender: \_\_\_\_\_  
Einrichtung: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Institut für Soziale Berufe  
Fachschule für Sozialwesen  
der Fachrichtung Heilerziehungspflege  
Marktstraße 9/2  
88410 Bad Wurzach

E-Mail: hep@ifsb-rv.de  
Fax: 0049 751 36156-27

### **BESTÄTIGUNG PRAXISSTELLE**

Hiermit bestätigen wir, dass

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

die fachpraktische Ausbildung während der Ausbildung

**zum / zur Heilerziehungspfleger/in**

ab dem **01. September** \_\_\_\_\_ in unserer Einrichtung absolvieren wird.

Die fachpraktische Ausbildung erfolgt in:

Name d. Einrichtung \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Wohnbereich / Gruppe \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Ansprechpartner \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

.....  
Datum

.....  
Stempel und Unterschrift der Einrichtung