



## Bestätigung einer Hospitation

### Schülerinnen und Schüler ohne Arbeitsvertrag

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

Klasse: \_\_\_\_\_

### Name der Schülerin/des Schülers

Hiermit bestätigen wir, dass Frau / Herr: \_\_\_\_\_,

im Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ im Umfang von \_\_\_\_\_ Stunden in unserer  
Einrichtung hospitiert hat.

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner/in: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Hospitationsstelle

