



Marie-Elisabeth-Lüders-Oberschule  
Steinmetzstraße 79  
10783 Berlin  
Tel. 030 2639-166  
Fax 030 2639-1672  
sekretariat@melo-berlin.de  
[www.melo-berlin.de](http://www.melo-berlin.de)  
Bearbeitung: Praxiskoordination  
Datum:

\_\_\_\_\_  
Bezeichnung der Praxisstelle

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_ Berlin \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Praxisanleiter/in

### **Bestätigung der Praxisstelle (Vollzeitstudiengang Erzieherfachschule)**

Herr/Frau.....<sup>\*)</sup>, geboren am .....<sup>\*)</sup>, kann bei  
uns in der Zeit vom  
(Zeitraum eintragen) \_\_\_\_\_ das

<b>Praktikum</b> (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Praxisphase 1 Pflichtpraktikum	<input type="checkbox"/> Praxisphase 2 Wahlpflichtpraktikum	<input type="checkbox"/> Praxisphase 3 Wahlpraktikum
---------------------------------------	--	--	---

im Rahmen der Erzieherausbildung ableisten.

Wir sind bereit, das Praktikum entsprechend den Praktikumsbestimmungen der Sozialpädagogikverordnung für die Fachschule für Sozialpädagogik (SozpädVO) und des Sozialberufes-Anerkennungsgesetzes (SozBAG) durchzuführen.

Wir versichern, dass wir als Ausbildungspraxisstelle durch die für uns zuständige Senatsverwaltung/durch das für uns zuständige Landesamt anerkannt sind.

Darüber hinaus versichern wir, dass es keine verwandtschaftlichen Beziehungen zwischen der Praxisanleiterin/ dem Praxisanleiter oder der Praxisstellenleitung und der / dem Studierenden bestehen.

Berlin, .....

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Träger der Einrichtung bzw. der Praxisstelle)

\_\_\_\_\_  
Stempel der Einrichtung

**Diese Bestätigung ist von der /dem Praxisberater\*in (Lehrkraft) in die jeweilige Stud.-Akte zu nehmen.**

<sup>\*)</sup> von den Studierenden auszufüllen