

Fächerübergreifender Bachelorstudiengang
(Wahlpflichtbereich Lehramt an Gymnasien)

ANMELDEBESTÄTIGUNG
für das
ALLGEMEINE SCHULPRAKTIKUM

Name, Vorname:

Straße:

PLZ, Ort: Tel.:

Matrikelnummer: Fächer:

Schule: Ort:

Schulleiter/in: Mentor/in:

Zeitraum: *

Zustimmung der Schule

Wir bestätigen hiermit, dass sich

Frau/Herr

zum Allgemeinen Schulpraktikum angemeldet hat und es bei uns ableisten kann.

.....
Ort/Datum

.....
Stempel – Unterschrift Schulleiter/in

* Dauer des ASP: Vier Wochen als Blockpraktikum in der vorlesungsfreien Zeit.