



Praxiskarteikarte

Auszubildende/r:

Privatanschrift der/des Auszubildende/n:

Straße:

PLZ: _____ Wohnort: _____

Telefon: _____ / _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Praxisstelle:

Name der Einrichtung:

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ / _____ Mailadresse Einrichtung: _____

Leiter/-in der Einrichtung: _____

Größe der Einrichtung: _____ Kinder von ____ bis ____ Jahren in _____ Gruppen

Öffnungszeiten: _____

Praxisanleitung: _____

Email der Praxisanleitung _____

Gruppe (Alter der Kinder/ Gruppenname): _____

Evtl. Besonderheiten/ Beachtenswertes:
