QUALIpass

Zertifikat für praktische Tätigkeiten

Name

hat in unserem Verein, unserer Einrichtung, unserem Betrieb, unserer Schule eine praktische Tätigkeit absolviert.

Dauer und Umfang

Praxisstelle

Anschrift

Telefon

Tätigkeitsschwerpunkt

Wahrgenommene Stärken

Praxisbetreuer:in

Ort und Datum

Unterschrift