„Förderung berufssprachlicher Kompetenzen in berufsvorbereitenden Maßnahmen“

|  |
| --- |
| **Teilnahmebestätigung der Schule** |

|  |
| --- |
| Es wird bestätigt, dass Herr / Frau \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Name der / des Studierenden)    im Rahmen des Förderprojektes „Förderung berufssprachlicher Kompetenzen in berufsvorbereitenden Maßnahmen“ im Zeitraum  von\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  an \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Bezeichnung der Schule bzw. Praktikumsstätte)  insgesamt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Wochenstunden Sprachförderunterricht erteilt hat.  (Anzahl der Wochenstunden)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum Schulort    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Betreuende Lehrkraft Schulleiter  Schulstempel |

|  |
| --- |
| **Teilnahmebestätigung der Hochschule** |

|  |
| --- |
| Anzahl der **Hospitationsstunden**: \_\_\_\_\_\_  Anzahl der **Förderstunden** \_\_\_\_\_\_  gesamt: \_\_\_\_\_  Folgende **Begleitveranstaltungen** wurden erfolgreich absolviert:  im Wintersemester \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Angabe des Zeitraumes) Name der Veranstaltung  im Sommersemester \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Angabe des Zeitraumes) Name der Veranstaltung  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ort, Datum Dr. Stefan Hackl Lehrstuhl DDaZ  Stempel |