

Absender:

Edith-Stein-Schule  
Seekatzstraße 18-22  
64285 Darmstadt

## Sozialpraktikum vom 08.09. – 19.09.2025

Hiermit bestätigen wir, dass

..... z.Zt. Klasse .....  
(Name, Vorname)

vom 08.09.25 bis 19.09.25 das Sozialpraktikum bei uns absolvieren kann.

.....  
(Institution/Einrichtung)

.....  
(Anschrift)

.....  
(Telefon und Mail-Adresse)

Zuständig für die Betreuung in der Einrichtung ist Frau / Herr

.....  
(Name)

.....  
(Telefon / Mail-Adresse)

Die Kenntnisnahme der „Hinweise für das Sozialpraktikum – Merkblatt für Institutionen“ wird hiermit bestätigt.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift)