

Schulfremdenprüfung Altenpflegehilfe

Name:

Geburtsdatum:

Erklärung

Hiermit bestätigen wir, dass Frau / Herr
die praktische Tätigkeit im Umfang von 850 Stunden unter Anleitung (mind.
50%) einer geeigneten Fachkraft in unserer Einrichtung absolvieren kann und
dass die praktische Prüfung in der Einrichtung abgenommen werden darf.

Datum:

Unterschrift:

Stempel der Einrichtung: