

Bescheinigung für Studierende
über die regelmäßige Teilnahme am Blockpraktikum

Die/der Studierende

 Name, Vorname

 Geburtsort, Geburtsdatum

Matrikel-Nr. _____

Hat im Praktikumszeitraum vom _____ bis _____

das Blockpraktikum _____ absolviert.

Anwesenheitstage:

Datum:	Anwesenheit:		Abwesenheitsgrund bitte ankreuzen:	Stempel/Unterschrift der Lehrärztin/des Lehrarztes
	ja	nein		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Abwesenheit im Rahmen der Fehlzeitenregelung <input type="checkbox"/> krankheitsbedingt (Attest bitte beifügen)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Abwesenheit im Rahmen der Fehlzeitenregelung <input type="checkbox"/> krankheitsbedingt (Attest bitte beifügen)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Abwesenheit im Rahmen der Fehlzeitenregelung <input type="checkbox"/> krankheitsbedingt (Attest bitte beifügen)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Abwesenheit im Rahmen der Fehlzeitenregelung <input type="checkbox"/> krankheitsbedingt (Attest bitte beifügen)	

