

**Büro für Schulpraktische Studien**

Leibnizstr. 3

24118 Kiel

Tel.: 0431 880-1778 oder 1235

Fax: 0431 880-2959

www.zfl.uni-kiel.de

**Einverständniserklärung der Schule**

Hiermit wird bestätigt, dass

**Frau / Herr**

---

**Matrikelnummer**

---

**Adresse / Tel.**

---

**an der Schule**

---

(Schulstempel)

das pädagogische Praktikum des Praxismoduls 1 gem. Praktikumsordnung absolvieren kann.

**Praktikumszeitraum**

---

---

(Ort, Datum, Unterschrift des / der Bevollmächtigten)