

Praktikum – Sporttherapie und Prävention (Modul VM-ST II)
(Department Sport- und Gesundheitswissenschaften)
Prüfungs-Nr.: SPO-BA-014



des Studenten/ der Studentin

..... Mat.-Nr.:

Name, Vorname

Akt. Fachsemester:

Tel.-Nr.:

E-Mail:.....

Wann wurden beide Aufbaumodule absolviert? (Angabe des Semesters)

Einverständniserklärung
der Praktikumeinrichtung

Hiermit bestätigen wir den Einsatz der/des Praktikantin/ten
im Zeitraum von bis
in unserer Einrichtung auf der Grundlage der uns zur Kenntnis gegebenen Praktikumsrichtlinie
für das „**Praktikum VM-ST II**“ im Rahmen des Bachelorstudienganges Sporttherapie und
Prävention.

Name und Anschrift der Einrichtung:

Name des Praktikumsbetreuers: Tel.:

E-Mail:

Darstellung der Einsatzbereiche und der geplanten Hauptaktivitäten:

-
-
-
-
-
-

.....
Ort/Datum

Stempel

.....
Unterschrift Praktikumsbetreuer

Das Formular ist bis spätestens 4 Wochen vor Antritt des Praktikums, jedoch innerhalb des Vorlesungszeitraumes im
Praktikumsbüro des Departments Sport- und Gesundheitswissenschaften einzureichen.

Bestätigung des Praktikumseinsatzes durch die Universität Potsdam

Potsdam,

Stempel

.....
Department Sport- und Gesundheitswissenschaften
Praktikumsbüro