

**Praktikum – Sporttherapie und Prävention (Modul VM-ST)  
(Department Sport- und Gesundheitswissenschaften)**



des Studenten/ der Studentin

..... Mat.-Nr.: .....  
Name, Vorname

Semester: ..... Tel.-Nr.: ..... E-Mail:.....

Wann wurde das Praktikum AM-P 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**“ 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