

ABSICHTSERKLÄRUNG DER AUSBILDUNGSINSTITUTION

ANGABEN ZUR INSTITUTION

Name Institution:	
Adresse:	
PLZ:	Ort:
Tel:	Mail:
Kontaktperson:	

Angaben zu den Interessent/innen für die Ausbildung HF Gemeindeanimation (falls bekannt)

Name, Vorname:
Name, Vorname:

Wir bestätigen, dass sich unsere Institution als Praxisausbildungsinstitution für die Ausbildung HF Gemeindeanimation anerkennen lassen will. Wir beabsichtigen ab August 20 einen oder mehrere Ausbildungsplätze zur Verfügung zu stellen.

Ort und Datum:

Name und Unterschrift Leitung/Trägerschaft:
