

ABSICHTSERKLÄRUNG DER AUSBILDUNGSORGANISATION

ANGABEN ZUR ORGANISATION

Name Organisation:	
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 Organisation als Praxisausbildungsorganisation 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:
