

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner\*in der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

### **Bestätigung**

Herr/ Frau \_\_\_\_\_ war für \_\_\_\_\_ Wochen  
in unserer Einrichtung tätig.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Einrichtung