

.....
Bezeichnung der Bildungsstätte

Z e r t i f i k a t
über die Teilnahme an der Fortbildung nach den

**Empfehlungen des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales
zur Durchführung der heilpädagogischen Zusatzqualifikation
vom**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

hat in der Zeit vom _____ bis _____

regelmäßig an dem theoretischen und praktischen Teil der Fortbildung sowie am Fachgespräch teilgenommen. Die Praktikumbestätigungen mit den geforderten Berichten haben vorgelegen.

.....
Ort, Datum

(Stempel der
Bildungsstätte)

.....
Unterschrift der Leitung der Bildungsstätte