

Zentrum für schulpraktische Lehrerbildung Köln
Seminar für das Lehramt an Gymnasien und Gesamtschulen

Name, Vorname der/s LAA: _____

Beginn der Ausbildung: _____

Schule: _____

Fax-Nr. der Schule: _____

Zentrum für schulpraktische Lehrerbildung Köln
Seminar für das Lehramt an Gymnasien und Gesamtschulen
c/o TH Köln
Gustav-Heinemann-Ufer 54
50968 Köln

Bestätigung des Prüfungstermins

| | |
|--------------------------------------------------------|--|
| Name, Vorname des Prüflings: | |
| Anschrift des Prüflings: | |
| | |
| Tel./Handy: | |
| E-Mail: | |
| Datum des Prüfungstages: | |
| Gewählter Seminarlehrer/in: | |
| Name und Anschrift der Schule: | |
| | |
| Name und Anschrift der 2. Schule (falls notwendig): | |
| | |
| Ort, Datum: | |
| Unterschrift LAA: | |
| Unterschrift/Stempel Schule: | |