

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 Seminarausbilder/in:	
Name und Anschrift der Schule:	
Name und Anschrift der 2. Schule (falls notwendig):	
Ort, Datum:	
Unterschrift LAA:	
Unterschrift/Stempel Schule:	