

Name, Vorname der/s LAA:

Beginn der Ausbildung:

Schule:

Faxnummer der Schule:

Zentrum für schulpraktische Lehrerbildung Köln
Seminar für das Lehramt Sonderpädagogische Förderung
c/o TH Köln
Gustav-Heinemann-Ufer 54
50968 Köln

Bestätigung des Prüftermins

Name, Vorname des Prüflings:

Telefon/Handy:

E-Mail:

Datum des Prüfungstages:

Seminarausbilder/in:

Name und Anschrift

der Schule:

Ort, Datum:

Unterschrift LAA:

Unterschrift und Stempel

Schule: