

## TEILNAHMEBESCHEINIGUNG

\_\_\_\_\_ wird hiermit bestätigt,  
(Name, Vorname)

an \_\_\_\_\_ Arbeitstagen der Praxisreflexions- / Supervisionsgruppe

unter der Leitung von \_\_\_\_\_

teilgenommen zu haben (siehe unten).

Tagung am:

Unterschrift Lehrende\*r:

1	_____	_____
2	_____	_____
3	_____	_____
4	_____	_____
5	_____	_____
6	_____	_____
7	_____	_____
8	_____	_____
9	_____	_____
10	_____	_____

Kiel, den \_\_\_\_\_ Unterschrift Lehrende\*r: \_\_\_\_\_

### Vermerk für die Weiterbildungsstudierenden:

Die persönliche Teilnahme und Mitwirkung an

- **mindestens 8 sechsstündigen Arbeitstagen bzw.**
- **mindestens 6 achtsündigen Arbeitstagen**

ist - unabhängig von individuellen Gründen für eventuelle Fehltage - verpflichtend und Voraussetzung zur Erteilung der Staatlichen Anerkennung.

Falls Sie an einer Veranstaltung nicht teilnehmen können (z. B. wegen Krankheit, Urlaub), melden Sie sich bitte bei der Gruppenleitung ab.