

**Praxisintegrierte Ausbildung  
zur/zum staatlich geprüften Kinderpfleger\*in**

**Absichtserklärung der Einrichtung**

Hiermit bestätigen wir, Frau/Herrn \_\_\_\_\_  
im Rahmen der praxisintegrierten Ausbildung zur/zum staatlich geprüften Kinderpfleger\*in  
einen Praxisplatz verbindlich anzubieten.

Träger	
Einrichtung	
Kontaktdaten (Tel./E-Mail, Anschrift)	
Ansprechpartner*in	

---

Datum und Unterschrift

Stempel

**Bewerber\*in:**

Name	
Anschrift	
Kontaktdaten (Tel./E-Mail, Anschrift)	