

Montessori-Kinderhaus Huckepack

Hospitationsanfrage



Name: _____

Kontaktdaten: _____

Name meiner Institution: _____

Umfang der Hospitation: ☐ eintägige Hospitation
☐ mehrtägige Hospitation

(Anzahl Wochen)

(Anzahl der Stunden/Woche)

Hospitationszeitraum: von: _____ bis: _____

Ausbildung/Studium: _____

☐ Sonderpädagogik
☐ Sonstige: _____

Grund bzw. Intention der Hospitation: _____

Aufgaben, die ich während der Hospitation erledigen muss: _____

Aufgaben, die ich während der Hospitation übernehmen möchte/könnte: _____

Was man noch zu mir wissen sollte: _____

Ich/wir erkläre(n) uns mit der zweckgebundenen Verarbeitung und Nutzung der mit diesem Formular erhobenen personenbezogenen Daten einverstanden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Datum, Unterschrift _____