

Schein für die Praxisschwerpunkte

Name, Vorname: _____

E-Mailadresse: _____

Gasthörer/in: ja nein

Bitte ankreuzen!	Praxisschwerpunkt		Dozent/in	Semester
<input type="checkbox"/>	DaF	WV		
<input type="checkbox"/>		WS		
<input type="checkbox"/>	DaZ	WV		
<input type="checkbox"/>		WS		
<input type="checkbox"/>	Fach- spra- che	WV		
<input type="checkbox"/>		WS		

Teilnahme

Leistung

Referat mit Essay zum Thema: _____

Hausarbeit zum Thema: _____

Braunschweig, Datum Unterschrift der/des Teilnehmenden

Der/die oben genannte Teilnehmer/in hat das oben angegebene Seminar erfolgreich abgeschlossen.

Note:

Braunschweig, Datum Unterschrift der/des Dozenten/in