

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____

Wintersemester _____ Sommersemester _____

**Fakultät für
Sozialwissenschaften**

→ Bestätigung über die Teilnahme an den Lehrveranstaltungen im
berufsintegrierten Studiengang Pädagogik der Kindheit

t +49 (0) 681 5867-702
f +49 (0) 681 5867-463
sp-sek@htwsaar.de
www.htwsaar.de

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bestätigen wir Ihnen die Teilnahme an folgenden Veranstaltungen im
Rahmen Ihres berufsintegrierten Studiums im Studiengang Pädagogik der Kindheit:

Besucheradresse

Campus Alt-Saarbrücken
Haus des Wissens / Gebäude 11
Malstatter Straße 17
66117 Saarbrücken

Postanschrift

Goebenstraße 40
66117 Saarbrücken

Datum	Veranstaltung	Name & Unterschrift DozentIn

**Bitte lassen Sie das Dokument während der Veranstaltung vom Dozenten
abzeichnen, eine nachträgliche Bestätigung ist nicht möglich.**

