

.....  
Bezeichnung der Bildungsstätte

*N a c h w e i s*  
über die Teilnahme am modularen Ergänzungsprogramm  
Vertiefungsfortbildung der HPZ-1994<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

hat in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**an einer Ergänzungsfortbildung teilgenommen; die Teilnahme bezieht sich auf die in der Anlage aufgeführten Module des Fortbildungsprogramms.**

.....  
Ort, Datum

(Stempel der  
Bildungsstätte)

.....  
Unterschrift der Leitung der Bildungsstätte

Anlage: Übersicht über die Module der Ergänzungsfortbildung

<sup>1</sup> Empfehlungen des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie zur heilpädagogischen Zusatzqualifikation vom 20. Februar 1994 (SächsABl. 1995 S. 534)