Bestätigung der praktischen Tätigkeit
für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapieausbildung
(Psychotherapie/Psychosomatische Versorgung)

Hiermit wird bestätigt, dass

……..	…….	……
Name	Vorname	Geburtsdatum

in meiner / unserer mit dem IVS kooperierenden Einrichtung

.....

Bezeichnung und Adresse

die **praktische Tätigkeit** nach § 2 Abs. 2 Nr. 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung **für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten** (KJPsychTh-AprV)

in der Zeit vom ..... bis .....

absolviert hat und dabei insgesamt ..... Stunden abgeleistet hat.

……..	……..	……
Ort	Datum	Unterschrift mit Stempel der Einrichtung