

Einzelfallbezogener Abschlussbericht für Teilnehmer an Integrationsmaßnahmen (Ergänzung)

<i>3. Praktikumsfirma</i>	
<i>Beginn</i> <i>Ende</i>	
<i>Tätigkeit</i>	
<i>Die Leistungseinschränkungen werden in vollem Umfang berücksichtigt</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil
<i>Praktikumsverlauf</i>	

<i>4. Praktikumsfirma</i>	
<i>Beginn</i> <i>Ende</i>	
<i>Tätigkeit</i>	
<i>Die Leistungseinschränkungen werden in vollem Umfang berücksichtigt</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil
<i>Praktikumsverlauf</i>	

5. Praktikumsfirma	
Beginn Ende	
Tätigkeit	
Die Leistungseinschränkungen werden in vollem Umfang berücksichtigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil
Praktikumsverlauf	

6. Praktikumsfirma	
Beginn Ende	
Tätigkeit	
Die Leistungseinschränkungen werden in vollem Umfang berücksichtigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil
Praktikumsverlauf	

.....
Datum, Unterschrift