



Leistungsbescheinigung

Name: _____ Matr.-Nr.: _____

M. Sc. Sportwissenschaft – Bewegung, Gesundheit und Rehabilitation (BGR) - PO 2016

Modul 1B Krankheitslehre II

Praktikum - Orthopädische Erkrankungen 3 LP 098 /4012

Einrichtung: _____

Dauer: _____ Teilzeit: _____ Vollzeit: _____

Praktikumsverantwortliche/r: _____

Datum der Leistungserbringung ¹: _____

Wuppertal, den _____
(Datum der Ausstellung) (Unterschrift Lehrende/r bzw. Prüfer/in)

Stempel

¹ Eintrag des Datums ist prüfungsrechtlich zwingend erforderlich!