



NACHWEIS PRAXISPLATZ FÜR

Schüler* Name Vorname

Telefon:

E-Mail:

ANGABEN ÜBER DIE PRAXISSTELLE IM SCHUHLJAHR /

Im Rahmen von PiA 1BKSP 2BFSA

Name der Einrichtung:

Leitung der Einrichtung: Name Vorname

Telefon:

E-Mail:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Pädagogische Schwerpunkte:

Einsatz des Schülers*: Größe der Gruppe Alter der zu betreuenden Kinder

Arbeitszeiten des Schülers* in der Einrichtung:

Öffnungszeiten:

ANGABEN ZUM PRAXISANLEITENDEN

Praxisanleiter*: Name Vorname

E-Mail des Praxisanleiters:

Telefon des Praxisanleiters:

Berufserfahrung in Jahren (nach abgeschlossener Ausbildung)

Staatlich anerkannter Erzieher*

Sozialpädagogische Assistenz

Ort, Datum

*geschlechtsneutral

Mit Weiterbildung zur Praxisanleitung

Sonstige Qualifikation

Unterschrift, Leitung der Einrichtung

Stempel der Einrichtung

Das Formular bitte mit original Unterschrift zurück an die Erzieherakademie.

Rückseite beachten! 



ANGABEN ZUM TRÄGER

Name des Trägers

Anschrift

Telefon:

E-Mail:

Ansprechpartner*:

Vertragsunterzeichner*:

Ort, Datum

Unterschrift, Leitung der Einrichtung

*geschlechtsneutral

Stempel der Einrichtung