



NACHWEIS PRAXISPLATZ FÜR

Schüler*	Name		Vorname	
Telefon:				
E-Mail:				

ANGABEN ÜBER DIE PRAXISSTELLE IM SCHULJAHR

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 (mind. 2 Jahre nach abgeschlossener Ausbildung)		

☐ Staatlich anerkannter Erzieher*	☐ Mit Weiterbildung zur Praxisanleitung
☐ Sozialpädagogische Assistenz	☐ Sonstige Qualifikation

Ort, Datum

Unterschrift, Leitung der Einrichtung

*geschlechtsneutral

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