



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

Mit Weiterbildung zur Praxisanleitung

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