|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Institut für Sonderpädagogik** |
|  |

**Zusage eines Praktikumsplatzes**

für den Studiengang BA Sonderpädagogik (06-I-SoFR)

***Hinweis:*** *Diese Seite des Dokuments muss nicht ausgefüllt werden, wenn das Praktikum vor dem Studium abgeleistet wurde. In diesem Fall legen Sie der Praktikumsbestätigung (rechte Seite) ein Arbeitszeugnis bzw. eine bereits vorliegende Bestätigung Ihrer abgeleisteten Tätigkeit vor.*

**Name der/s Studierenden:** **Matrikelnr.:**

     

Hiermit bestätigen wir einen Praktikumsplatz in unserer Einrichtung für den Zeitraum:

von:       bis:

**Angaben zur Praktikumsstelle (Name, Adresse, Tel., Mail, Einrichtungsart):**

**Ansprechpartner/Anleitung (Name und Berufsbezeichnung):**

Datum:       Unterschrift Anleitung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

An diesem Praktikumsplatz kann der/die Studierende:

* insgesamt 80 Stunden Praktikum ableisten,
* Erfahrungen in der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen oder Beeinträchtigungen oder in besonderen Lebenslagen sammeln,
* Anleitung durch eine/n entsprechend qualifizierte/n Mitarbeiter/in erfahren.

Datum:       Unterschrift Einrichtungsleitung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum:       Unterschrift Dozent/in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Das Praktikum kann nur angerechnet werden, wenn diese Zusage* ***vor Antritt des Praktikums*** *mit allen erforderlichen Unterschriften und Angaben vorliegt.*

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Institut für Sonderpädagogik** |
|  |

**Praktikumsbestätigung**

für den Studiengang BA Sonderpädagogik (06-I-SoFR)

**Name der/s Studierenden:** **Matrikelnr.:**

     

Die Klausur zum Modul „Grundlagen der sonderpädagogischen Fachrichtungen (06-I-SoFR) wurde bereits im       (z.B. WS 20/21) abgelegt.

Die Klausur zum Modul „Grundlagen der sonderpädagogischen Fachrichtungen (06-I-SoFR) wird voraussichtlich im       (z.B. WS 20/21) abgelegt.

Hiermit bestätigen wir, dass der/die Studierende

von:       bis:

ein Praktikum in unserer Einrichtung geleistet hat.

**Angaben zur Einrichtung (Name, Adresse, Tel., Mail, Einrichtungsart, Stempel Einrichtung):**

**Ansprechpartner/Anleitung (Name und Berufsbezeichnung):**

Datum:       Unterschrift Anleitung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wir bestätigen, dass der/die Studierende:

* insgesamt 80 Stunden Praktikum abgeleistet hat,
* dabei Erfahrungen in der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen oder Beeinträchtigungen oder in besonderen Lebenslagen sammeln konnte,
* durch eine/n entsprechend qualifizierte/n Mitarbeiter/in begleitet wurde.

Datum:       Unterschrift Einrichtungsleitung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Modulanrechnung**

Eine Zusage der Einrichtung hat vor Antritt des Praktikums vorgelegen.

Alle Anforderungen des Moduls **06-I-SoTPM** sind erfüllt.

Datum:       Unterschrift Dozent/in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_