

Institut für Sonderpädagogik

BA 75

**Für das Modul 06-I-SoTPM sind die unten aufgeführten Nachweise der Praktikumsstelle und die verbindliche Teilnahme an den aufgelisteten Seminarveranstaltungen Voraussetzung!**

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

**1. Teilnahme am Vorbereitungsseminar:**

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

**2. Zusage eines Praktikumsplatzes**

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 240 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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



Institut für Sonderpädagogik

**3. Praktikumsbestätigung**

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 240 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. Teilnahme am Reflexionsseminar:**

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

**5. Modulanrechnung**

Eine Zusage der Einrichtung hat vor Antritt des Praktikums vorgelegen.

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

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