

Anmeldung zum berufspraktischen Jahr

Name	Vorname
------	---------

Adresse

Geburtsdatum	Telefon
--------------	---------

E-Mail

Bachelor Studiengang <input type="checkbox"/> Soziale Arbeit <input type="checkbox"/> Pädagogik der Kindheit	Matrikel-Nr.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------

Zeitraum				
Beginn	Ende	<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit	Std./Woche

Der Anmeldung sind beigefügt

<input type="checkbox"/> Kopie Bachelor Abschlusszeugnis	<input type="checkbox"/> IT-Einwilligung
<input type="checkbox"/> Ausbildungsplan innerhalb eines Monats nach Beginn	<input type="checkbox"/> Kopie Arbeitsvertrag

Neue Praxisstellen melden sich bitte vorab im Praxisreferat.

Datum	Unterschrift Antragsteller:in
-------	-------------------------------

Name der Praxisstelle

Adresse

E-Mail

Träger der Praxisstelle	Telefon
-------------------------	---------

Praxisanleitung
(mit Angabe der beruflichen Qualifikation)

Hiermit wird bestätigt, dass eine Freistellung für die Begleitveranstaltungen erfolgt.

Datum	Unterschrift und Stempel der Praxisstelle
-------	-------------------------------------------

Bestätigung der betreuenden Lehrperson

Nachname, Vorname	Unterschrift/ E-Mail-Bestätigung
-------------------	----------------------------------