



Anerkennung der Praxisstelle BA Erziehungs- und Bildungswissenschaft

- Pflichtpraktikum
- Zusatzpraktikum

Praktikantin/Praktikant

Name: _____ Matr. Nr: _____

Anschrift: _____

eMail: _____ Semesteranzahl: _____

- Studienschwerpunkt:
- Sozialpädagogik/Kinder- und Jugendbildung (SKJ) -----○
 - Erwachsenenbildung/Weiterbildung (EWB) -----○
 - Behindertenpädagogik (BP) -----○

Praxisstelle

Institution: _____

Leitung: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ eMail: _____

Praxistätigkeit

Geplanter Zeitraum: von _____ bis _____ Stunden pro Tag: _____ Tage pro Woche: _____

Voraussichtliche Aufgaben: _____

Fachbetreuung

Name: _____

Beruf bzw. Qualifikation: _____

Betreuungsform: _____

.....
(Datum, Unterschrift, Stempel der Praxisstelle)

.....
(Unterschrift des/der Praktikumsbeauftragten der Universität)

