

4. Als Anleiter*in vorgesehen

ANLEITUNG #1

Name und Qualifikation: _____

E-Mail-Adresse: _____

Tel.: _____

Tätig in:

Vollzeit

Teilzeit

mit _____

Wochenstunden

ggf. ANLEITUNG #2

Name und Qualifikation: _____

E-Mail-Adresse: _____

Tel.: _____

Tätig in:

Vollzeit

Teilzeit

mit _____

Wochenstunden

Mit der Speicherung und Verarbeitung der hier genannten Daten durch die HAW erkläre ich mich einverstanden.

Datum: _____

Unterschriften der Praxisleitung(en) sowie Stempel der Einrichtung: _____

Die Einrichtung hat bereits Studierende der HAW mit integrierter Praxisausbildung betreut: Ja, Bildung und Erziehung in der Kindheit Soziale Arbeit Nein

5. AUSZUFÜLLEN VON DER HAW

Dem Praktikumsvorschlag wird durch die*dem Praxisbeauftragten des Studiengangs zugestimmt:

Datum: _____

Unterschrift der*des Praxisbeauftragten