



HTW · Rastpfuhl 12a · 66113 Saarbrücken

**Studiengang
Soziale Arbeit/Pädagogik
der Kindheit**

Telefon

0681 5867-464

Telefax

0681 5867-463

E-Mail

sp-sek@htw-saarland.de

Anmeldung des Praxissemesters¹

1. Angaben zu der/dem Studierenden

| | |
|--------------------------------------------------------------|--|
| Name: | |
| Vorname: | |
| Matrikelnummer: | |
| Vertiefungsrichtung: | |
| PLZ, Wohnort: | |
| Straße: | |
| Tel.Nr.: | |
| E-Mail: | |
| ggf. abweichende Privatanschrift während des Praxissemesters | |
| PLZ, Wohnort: | |
| Straße: | |
| Tel.Nr.: | |

¹ **Formblatt I**; Ausgabe: 5/2011

2. Angaben zum Zeitraum

Das Praxissemester soll in der Zeit vom _____ bis zum _____ absolviert werden.

Das Praxissemester soll in der folgend genannten Praxisstelle absolviert werden, eine vorläufige Zusage liegt vor. Die Praxisstelle ist über die Regelungen für das studienintegrierte Praxissemester im Bachelor-Studiengang „Soziale Arbeit und Pädagogik der Kindheit“ informiert bzw. hat die entsprechenden Informationen schriftlich erhalten.

3. Angaben zum Träger und zur Einrichtung/Praxisstelle

| | |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bezeichnung des Trägers: | |
| Bezeichnung der Einrichtung/Praxisstelle: | |
| Die Einrichtung verfügt über eine staatliche Betriebserlaubnis: | <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein (zutreffendes bitte ankreuzen) |
| Tätigkeitsfelder der Einrichtung/Praxisstelle in Stichworten: | |

| Anschrift der Einrichtung/Praxisstelle | |
|----------------------------------------|--|
| PLZ, Ort: | |
| Straße: | |
| Tel.Nr.: | |
| Fax.Nr.: | |
| E-Mail: (bitte deutlich schreiben!) | |

| Unterzeichnungsberechtigte/r für die Vereinbarung | |
|---------------------------------------------------|--|
| Name, Vorname: | |
| PLZ, Ort: | |
| Straße: | |
| Tel.Nr.: | |
| Fax.Nr.: | |
| E-Mail: (bitte deutlich schreiben!) | |

| Vorgesehene/r Praxisanleiter/in | |
|----------------------------------------------------|--|
| Name, Vorname: | |
| Bezeichnung des Berufs- und Studienabschlusses: | |
| PLZ, Ort: | |
| Straße: | |
| Tel.Nr.: | |
| Fax.Nr.: | |
| E-Mail: (bitte deutlich schreiben!) | |

| | |
|------------------------------------|--|
| Ort, Datum: | |
| Unterschrift des/der Studierenden: | |

4. Entscheidung der Studiengangsleitung

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Dem Vorschlag des/der Studierenden wird zugestimmt | |
| Dem Vorschlag des/der Studierenden wird <i>nicht</i> zugestimmt ² | |
| Dem Vorschlag des/der Studierenden wird mit folgenden <i>Auflagen</i> zugestimmt ³ | |

| | |
|-----------------------------------------------|--|
| Ort, Datum: | |
| Unterschrift der Studiengangsleitung/Stempel: | |

² Begründung erfolgt in Form einer Aktennotiz.

³ Die Auflagen sind in Form einer Aktennotiz zu dokumentieren.