

Antrag auf Zulassung zum Praxissemester

Name, Vorname: Matrikel-Nr.:

Studiengang: **Frühpädagogik, B. A.** PO-Version:

STUDIERENDE* R	<p>Ich beantrage die Zulassung zum Praxissemester unter der Betreuung von Frau/Herrn Prof.</p> <p>Das Praxissemester soll stattfinden in der Zeit vom bis in der Einrichtung in Ort/Bundesland/Land:</p> <p>Die Praxistätigkeit hat folgende Ausrichtung:</p> <p><input type="checkbox"/> Bildung, Erziehung und Betreuung von Kindern bis zu 6 Jahren</p> <p><input type="checkbox"/> Kindheitspädagogische Arbeit mit Kindern bis zu 14 Jahren</p> <p>Soest, den (Datum) (Unterschrift Studierende*r)</p>
---------------------------	--

<p>Kontrollvermerk des Studierenden-Servicebüros:</p> <p>Die Zulassungsvoraussetzungen zum Praxissemester sind erfüllt / nicht erfüllt.</p> <p>Soest, den (Datum) (Unterschrift Studierenden-Servicebüro)</p>
--

BETREUER* IN	<p>Ich bin bereit, die*den Studierende*n im Praxissemester zu betreuen.</p> <p>Soest, den (Datum) (Unterschrift Betreuer*in)</p> <p>Der Antrag wird genehmigt.</p> <p>Soest, den (Datum) (Unterschrift Vorsitzende*r des Prüfungsausschusses)</p>
-------------------------	---