

Antrag auf Zulassung zum Praxissemester

Name, Vorname: Matrikel-Nr.:

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

| | |
|--------------------------------|---|
| STUDI ERENDE *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</p> <p>Name der Einrichtung</p> <p>Anschrift der Einrichtung</p> <p>Mailadresse der Einrichtung</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> |
|--------------------------------|---|

Kontrollvermerk des Studierenden-Servicebüros:

Die Zulassungsvoraussetzungen zum Praxissemester sind erfüllt / nicht erfüllt.

Soest, den (Datum) (Unterschrift Studierenden-Servicebüro)

| | |
|--------------------------|---|
| 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> |
|--------------------------|---|