

**Praxisprojekt Verbundstudiengang Frühpädagogik B.A.**  
Anmeldung Praxiseinrichtung

Zurück an:  
Praxiskoordination FB BG  
Lübecker Ring 2  
59494 Soest

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **Matr. Nr.:** \_\_\_\_\_

**E-Mail-Adresse:** \_\_\_\_\_

Angabe zum Praxisprojekt: I  II  III  IV  V

Informationen über die Einrichtung, in der die Praxistätigkeit stattfinden wird:

|   |   |
|---|---|
| Name der Einrichtung                              |   |
| Name des Trägers                                  |   |
| Anschrift   |   |
| Falls abweichend: Adresse für die Anreise         |   |
| Telefonnummer                                     |   |
| Art der Einrichtung (z.B.: KiTa, Familienzentrum) |   |
| Möglichkeit der Arbeit in folgendem Bereich       | <input type="checkbox"/> Bildung, Erziehung und Betreuung von Kindern bis zu 6 Jahren<br><input type="checkbox"/> Kindheitspädagogische Arbeit mit Kindern bis zu 14 Jahren |
| Öffnungszeiten                                    |   |
| Praxisanleitung                                   |   |
| Berufs-/Studienabschluss der Praxisanleitung      |   |

Hiermit wird bestätigt, dass die / der oben genannte Studierende im WiSe/SoSe \_\_\_\_\_ in unserer Einrichtung das Praxisprojekt absolvieren kann.

\_\_\_\_\_  
Datum  
FB BG/Praxis

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Einrichtungsleitung, Stempel der Einrichtung

FH SWF - Soest