

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 <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 WS/SS _____ in unserer Einrichtung das Praxisprojekt absolvieren kann.

Datum

FB BG/Praxis

Unterschrift Einrichtungsleitung, Stempel der Einrichtung

FH SWF - Soest