

**Praxisprojekt Präsenzstudiengang 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

Informationen über die Einrichtung, in der der Praxisanteil abgeleistet 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

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