

## Bestätigung Integriertes Semesterpraktikum (ISP)

(B.A. Sonderpädagogik)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Matrikel: \_\_\_\_\_

### **Praktischer Teil an der Schule**

Schule/Ort \_\_\_\_\_

Praktikumszeitraum:  SoSe \_\_\_\_\_

WiSe \_\_\_\_\_

Der/die Studierende hat das ISP bestanden. Diese Feststellung beruht auf der gemeinsamen Entscheidung der Schule mit den zwei begleitenden Lehrkräften der Pädagogischen Hochschule. Ein Gutachten wird dem ZfS zugeleitet.

Name Ausbildungsberater:in \_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift \_\_\_\_\_

### **Hochschulische Begleitung**

**Fachrichtung (freitags) und Name Dozent:in:** \_\_\_\_\_

per Mail von PH-Account des Dozierenden (Weiterleitung durch Studierende:n) *oder*

Unterschrift Dozent:in \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

**Fach (freitags) und Name Dozent:in:** \_\_\_\_\_

per Mail von PH-Account des Dozierenden (Weiterleitung durch Studierende:n) *oder*

Unterschrift Dozent:in \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Die vollständig ausgefüllte Bestätigung spätestens 4 Wochen nach Praktikumsende an das ZfS in EINER Mail oder per Post senden. Unterschriften auf mehreren Bestätigungsformularen können nicht akzeptiert werden.