

## Bestätigung Integriertes Semesterpraktikum (ISP)

(B.A. Sonderpädagogik 2015)

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Matrikelnummer \_\_\_\_\_

### Praktischer Teil an der Schule

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

Praktikumszeitraum WiSe / SoSe \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Stempel  
Schule

### Begleitung durch die Hochschule

Erste Fachrichtung (mittwochs) \_\_\_\_\_

Name Dozent:in \_\_\_\_\_

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

Stempel  
Fakultät

### Begleitveranstaltung erste Fachrichtung:

Name Dozent:in \_\_\_\_\_

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

Stempel  
Fakultät

Fach / Begleitveranstaltung (freitags): \_\_\_\_\_

Name Dozent:in \_\_\_\_\_

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

Stempel  
Fach

Die vollständig ausgefüllte Bescheinigung bitte im Original im ZfS abgeben, damit der Abschluss der schulpraktischen Studien festgestellt werden kann.  
Eine Kopie verbleibt in Ihren Unterlagen.