

Bestätigung Tages- und Blockpraktikum (TBP)

(M.Ed. Sonderpädagogik)

Name, Vorname: _____ Matrikel: _____

Praktischer Teil an der Schule

Schule/Ort _____

Praktikumszeitraum: SoSe _____

WiSe _____

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

Name Ausbildungsberater:in _____

Datum / Unterschrift _____

Hochschulische Begleitung

Fachrichtung (mittwochs) und Name Dozent:in: _____

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

per Unterschrift _____ Datum _____

Fachrichtung (freitags) und Name Dozent:in: _____

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

per Unterschrift _____ 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.