Anmeldung zur Übernahme einer Praxisausbildung

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Hinweis: | | Die Anmeldung ist bei Übernahme einer Praxisausbildungsfunktion und bei jedem Wechsel des Praxisausbildners/der Praxisausbildnerin neu auszufüllen. | | | | | |
| **Angaben zur Person der Praxisausbildnerin/des Praxisausbildners** | | | | | | | |
| Name, Vorname | | |  | | | Geb. |  |
| Institution | | |  | | | | |
| Strasse/ Nr G | | |  | | | | |
| PLZ / Ort / G | | |  | | | | |
| Telefon G | | |  | | | Mail G |  |
| Berufs- bzw. Studienabschluss im Sozialbereich (Bitte Kopie des Diploms beilegen) | | | |  |  | | |
|  | | | | | | | |
| **Ich übernehme ab** (genaues Datum) **die Praxisausbildung von:** | | | | | | | |
| Name, Vorname | | |  | | | Klasse |  |
| Name, Vorname | | |  | | | Klasse |  |
|  | | | | | | | |
| **Ausbildung als Praxiausbilderin/Praxisausbildner** | | | | | | | |
| 🞐 | Ja | | Ich verfüge über eine Ausbildung als Praxisausbildnerin/Praxisausbildner (mindestens 300 Lernstunden Gesamtausbildung) oder über ein von einer HFS anerkanntes Äquivalenzgesuch. Bitte Kopie beilegen. | | | | |
| 🞐 | Nein | | Bitte Äquivalenzgesuch stellen (Infos unter [sozialpaedagogik@icptp.ch](mailto:sozialpaedagogik@icptp.ch) anfordern). | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Die Institution verfügt über ein von einer HFS anerkanntes Praxisausbildungskonzept** | | | | | | | |
| 🞐 | Ja | | Bitte Kopie des Anerkennungsschreibens beilegen. Sollte die Institution das erste Mal eine Sozialpädagogin / einen Sozialpädagogen in Ausbildung am icp anmelden, legen Sie zudem das aktuelle Konzept bei. | | | | |
| 🞐 | Nein | | Bitte aktuelles Praxisausbildungskonzept beilegen. (Sollten sie noch kein Konzept erstellt haben, informiert sie der Leitfaden „Merkpunkte zum Verfassen eines internen Praxisausbildungskonzeptes“ über die wichtigsten Inhalte. (Download unter: [www.icptp](http://www.icptp) – hfs – download hfs) | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Unterschriften** | | | |
| Praxisausbildnerin / Praxisausbildner | | | |
| Datum: |  | Unterschrift: |  |
|  |  |  |  |
| Institutionsleitung | | | |
| Datum: |  | Unterschrift: |  |
|  |  |  |  |

Bitte einsenden an: **Höhere Fachschule für Sozialpädagogik icp**

Froburgstrasse 266, CH-4634 Wisen SO