Anmeldung zur Übernahme oder Wechsel in der Praxisausbildung

**Hinweis**: Die Anmeldung ist bei Übernahme einer Praxisausbildungsfunktion und bei jedem Wechsel des Praxisausbildners/der Praxisausbildnerin neu auszufüllen.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Angaben zur Person der Praxisausbilderin/des Praxisausbilders** | | | | | | |
| 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 Praxisausbilderin/Praxisausbilder** | | | | | | |
| ja | Ich verfüge über eine Ausbildung als Praxisausbildnerin/Praxisausbildner (mindestens 300 Lernstunden Gesamtausbildung). Bitte Zertifikatskopie beilegen. | | | | | |
| ja | Ich verfüge über **keine** Ausbildung als Praxisausbildnerin/Praxisausbildner, nehme jedoch innerhalb 12 Monaten ab Übernahme der Praxisausbildung einen entsprechenden Lehrgang auf (bitte Aufnahmebestätigung beilegen). | | | | | |
| ja | Ich verfüge über eine Äquivalenzanerkennung für Praxisausbildnerin/Praxisausbildner. Bitte Kopien der Anerkennung beilegen. | | | | | |
| nein | Ich stelle ein Äquivalenzgesuch (Infos unter admin@icp.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 an der 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.icp.ch/hfs/downloads/) | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Unterschriften** | | | | | | |
| Praxisausbilderin / Praxisausbilder:  Datum:       Unterschrift:  Institutionsleitung:  Datum:       Unterschrift: | | | | | | |

Bitte einsenden an: *Höhere Fachschule für Sozialpädagogik ICP, Froburgstrasse 266, 4634 Wisen*

oder per Mail an: *admin@icp.ch*