

AUSBILDUNGSSCHWERPUNKTE

im Studiengang Heilpädagogik/ Inclusion Studies

Name, Vorname:	Matrikelnr:
----------------	-------------

für das Modul _____ im Wintersemester _____
 Sommersemester _____

Praxisstelle: _____

Praxisanleiter*in: _____

Vertretung bei Abwesenheit: _____

Anleitungsgespräche und Zwischenauswertungen: _____

1. Zeitlicher Umfang der praktischen Studienanteile (in Stunden): _____
2. Zeitraum der Umsetzung der praktischen Studienanteile:
von _____ bis _____
3. Beschreibung der Ausbildungsschwerpunkte (Anhang)

Datum, Unterschrift Praxisstelle

Datum, Unterschrift Studierende*r