



---

---

---

---

(genaue Bezeichnung, Anschrift)

Telefon: \_\_\_\_\_

### Benennung der Praxisanleitung (Anlage 2)

gemäß § 9 Abs. 1 Satz 2 der Fachschulverordnung für in modularer Organisationsform  
geführte Bildungsgänge im Fachbereich Sozialwesen vom 2. Februar 2005

Die Praxisanleitung von \_\_\_\_\_ übernimmt  
(Name Berufspraktikantin/Berufspraktikant)

Frau/Herr \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Telefon Betrieb, Mailadresse)

Die folgende berufspädagogische Fort- oder Weiterbildung wird durch **die beiliegende Kopie** bestätigt:

**Zusatzqualifikation Praxisanleitung (Umfang von 7 Tagen)**

**Leitungsqualifizierung**

**2. Staatsexamen (Lehramt) und Erfahrung als Mentor:in**

**Staatlich anerkannte:r Heilpädagog:in**

**Fachwirt:in**

**für Organisation und Führung (Sozialwesen)**

**im Sozial- und Gesundheitswesen (IHK)**

**Fünffährige Berufserfahrung als**

**Dipl. Pädagog:in (Univ.)**

**Dipl. Psycholog:in (Univ.)**

**Dipl. Sozialpädagog:in/-arbeiter:in (FH)**

**Weiterqualifikation in/als**

**Systemischer Beratung (mind. 1-jährig)**

**Supervisor:in (DGSv anerkannt)**

**Themenzentrierter Interaktion (Zertifikat des RCI)**

**Klientenzentrierter Gesprächsführung (KZG)**

**sonstiger Studiengang/Weiterbildung:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Stempel, Unterschrift der Einrichtungsleitung)

*Vermerk der Schule:*