

BA-Studiengänge:
Soziale Arbeit
Pädagogik der Kindheit



FH Bielefeld
University of
Applied Sciences

Fachbereich Sozialwesen | **Praxisreferat**
Interaktion 1
33619 Bielefeld
Internet www.fh-bielefeld.de/fb4
fon 49.521.106-7837/106-70920
fax 49.521.106-7898
e-mail praxisreferat@fh-bielefeld.de

Antrag auf Zulassung zum Berufspraktischen Jahr im Rahmen einer Tätigkeit

als Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter-Sozialpädagogin/Sozialpädagoge-
Pädagogin/Pädagoge-Erzieherin/Erzieher

§ 2 Abs. 4 der Ordnungen zur Staatlichen Anerkennung in den BA-Studiengängen Soziale Arbeit und Pädagogik der Kindheit an der Fachhochschule Bielefeld für das Berufspraktische Jahr vom 15.11.2007

| | | |
|---|---------|--|
| ANTRAGSTELLER/IN | | |
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
| Straße/Nr. | | BA-Abschlussdatum |
| PLZ | Ort | Matrikel-Nummer |
| Telefon: _____*) | | |
| E-Mail: _____*) | | |
| *) Bitte angeben, damit wir Sie bei Bedarf schnell erreichen können. | | |
| <input type="radio"/> Mein Studium habe ich mit Erfolg abgeschlossen. | | <input type="radio"/> Soziale Arbeit |
| | | <input type="radio"/> Pädagogik der Kindheit |
| Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen (z.B. Aufgabenbeschreibung, Arbeitszeiten, Änderungen des Arbeitsvertrages) werde ich das Praxisreferat des Fachbereichs Sozialwesen unverzüglich informieren. | | |
| Datum | | Unterschrift des/der Antragsteller/in |

Bitte fügen Sie dem Antrag folgende Unterlagen bei und reichen ihn im Praxisreferat ein:

- eine **formlose schriftliche Begründung** *siehe Infoblatt „Das Berufspraktische Jahr im Rahmen einer Tätigkeit“
- Fotokopie des **BA-Abschlusszeugnisses**
- Fotokopie des **Arbeitsvertrages** und einer offiziellen **Arbeitsplatzbeschreibung**

| | | |
|---|-----------------------|----------------------|
| Praxisstelle (Anschrift u. Telefon / E-mail): | | |
| | | |
| Berufspraktikumszeitraum: | Beginn | Ende |
| Arbeitszeit: | Vollzeit | Stunden/Woche |
| | Teilzeit | Stunden/Woche |

BESTÄTIGUNG DER BETREUENDEN DOZENTIN / DES BETREUENDEN DOZENTEN BEIFÜGEN !!!

Weiterleitung Emaibestätigung ausreichend

NAME der/des Lehrenden

| | |
|---|-----------|
| Dem Antrag wird stattgegeben | () |
| Dem Antrag wird nicht stattgegeben | () |
| | |
| Datum | Der Dekan |