## Anmeldung zur Übernahme einer Praxisausbildung

Von der Praxisausbildnerin/vom Praxisausbildner (PA) auszufüllen

|  |  |
| --- | --- |
| ***Bedingungen*** | *Für die PA-Funktion gelten die folgenden Voraussetzungen:** *Diplom in Sozialpädagogik HF / Heilpädagogik / soziale Arbeit und zwei Jahre Berufserfahrung nach Abschluss der Ausbildung*
* *anerkannte Zusatzqualifikation als Praxisausbildnerin/als Praxisausbildner (PA-Kurs, mind. 300 Stunden)*
* *Falls Sie diese Bedingungen nicht erfüllen, besteht die Möglichkeit eines Äquivalenzgesuchs. Wenden Sie sich dafür bitte an die HFHS.*
 |

**Praxisausbildnerin/Praxisausbildner (PA):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name** |       | **Vorname** |       |
| **Geburts-datum** |       | **Telefon P.** |       |
| **Strasse/Nr.** |       | **PLZ, Ort** |       |
|  |       | **E-Mail** |       |
| **Institution** |       | **Telefon G.** |       |
|  |  |  |  |
| **Adresse der Institution** |       |
| **Funktion in der Einrichtung** |       |

**Übernahme der Praxisausbildung von SpiA:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name/Vorname**  |       |
| **ab (Datum)** |       | **Kurs** |       |

**Ich bin/war bereits PA einer Sozialpädagogin/eines Sozialpädagogen (SpiA) in Ausbildung an der HFHS (seit 2005)**

**Ja** **[ ]** Name SpiA und Jahr**:**

**Nein** **[ ]**  Ich lege eine Kopie meines HF-Diploms in Sozialpädagogik und meiner
 Zusatzausbildung als Praxisausbildner/in bei

**[ ]** Ich reiche einen Antrag auf Äquivalenz ein

**[ ]** Ich werde die Zusatzausbildung noch während des ersten Jahres nach
 Übernahme der Praxisausbildung abschliessen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ort, Datum** |       | **Unterschrift PA** |       |

Dok. Nr: 2.7.1.