## 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.