

Wechsel Verantwortung Praxisausbildung in den Bildungsgängen Sozialpädagogik HF und Kindheitspädagogik HF

Hinweis: Dieses Formular ist bei jedem Wechsel der Praxisausbildungsperson und einer delegierten Praxisausbildung neu auszufüllen und einzureichen.

1. Angaben zur Praxisausbildungsperson

Name:

Vorname: Geburtsdatum:

Institution:

Strasse: PLZ, Ort:

Telefon G: E-Mail G:

2. Ausbildung

Ausbildung als

- Sozialpädagoge HF/FH, Sozialpädagogin HF/FH
- Kindheitspädagoge HF, Kindheitspädagogin HF.
- Lizentiat/Master/Bachelor in Sozialpädagogik/Sozialer Arbeit
- Heilpädagoge/in FH oder universitärer Abschluss im Fachbereich der Bildungsgänge
- andere Ausbildung:

*Bei anderen Abschlüssen muss ein Gesuch um Äquivalenzanerkennung bei einer anerkannten HFS eingereicht werden; falls ein solches bereits genehmigt wurde, **Kopie des Antwortschreibens beilegen.***

Berufserfahrung: Jahre

Anerkannte PA-Ausbildung von mindestens 15 Tagen oder eine äquivalente Ausbildung mit mind. 300 Lernstunden (gemäss Studienreglement) absolviert. Kursanbieter _____
Bitte Kopie der Teilnahmebestätigung beilegen.

Äquivalenzanerkennung erhalten am _____ (Datum) von _____ (Name der Schule)
Bitte Kopie des Anerkennungs-schreibens beilegen.

laufender PA-Kurs: Abschlussjahr _____ und Kursanbieter _____

Voraussichtlicher Beginn PA-Kurs _____ und Kursanbieter/Ort _____

*Bei anderen Abschlüssen muss ein Gesuch um Äquivalenzanerkennung bei einer anerkannten HFS eingereicht werden. Bei laufendem oder angemeldetem PA-Kurs **Kopie der Anmeldebestätigung beilegen.***

Die/der PA arbeitet auf der gleichen Gruppe wie die/der Studierende.

Ja (weiter zu Punkt 4)

Nein (intern auf einer anderen, 3. ausfüllen) Nein (ausserhalb der Institution, 3. ausfüllen)

3. Angaben zur Person der delegierten Praxisausbildung

(Minimalanforderung: Tertiärausbildung sowie 2 Jahre Berufserfahrung im Fachbereich)

Name: Vorname:

Telefon E-Mail:

Ausbildung als

Sozialpädagoge HF/FH, Sozialpädagogin HF/FH

Kindheitspädagoge HF, Kindheitspädagogin HF

Lizentiat/Master/Bachelor in Sozialpädagogik/Sozialer Arbeit

Heilpädagoge/in FH oder universitärer Abschluss im Fachbereich der Bildungsgänge

andere Ausbildung:

*Bei anderen Abschlüssen muss ein Gesuch um Äquivalenzanerkennung bei einer anerkannten HFS eingereicht werden; falls ein solches bereits genehmigt wurde, **Kopie des Antwortschreibens beilegen.***

Berufserfahrung: Jahre

4. Übernahme Praxisausbildung

Ich übernehme ab (genaues Datum) die Praxisausbildung von

Name: Vorname:

Klasse:

Bemerkungen:

Datum / Unterschrift Praxisausbildungsperson: _____

Datum / Unterschrift Institutionsleitung: _____

Einsenden an: BFF, Höhere Fachschulen, Monbijoustrasse 19, Postfach, 3001 Bern oder per E-Mail an hf@bffbern.ch (mit Unterschrift).