

## 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](mailto:hf@bffbern.ch) (mit Unterschrift).