



**INSTITUT FÜR BILDUNGSFORSCHUNG UND PÄDAGOGINNENBILDUNG  
Arbeitsbereich Inklusive Bildung und Heilpädagogische Psychologie**

**Masterstudium Inclusive Education**

**Bekanntgabe und Freigabe der geplanten facheinschlägigen Praxis im Rahmen des Masterstudiums Inclusive Education**

**Name der/des Studierenden:** .....

**Matrikelnummer:** .....

**E-Mail:** .....

Die facheinschlägige Praxis (siehe § 1, Abs 4 des Curriculums für das Masterstudium „Inclusive Education“) ist bei folgender Institution geplant:

.....

**Geplanter Zeitraum der Absolvierung der Praxis:** .....

Falls Sie eine facheinschlägige berufliche Tätigkeit als Praktikum anrechnen lassen möchten, geben Sie hier bitte an, wie lange Sie bereits in der Institution arbeiten und in welchem Zeitumfang (z.B. 20 Std./Woche).

Folgende Inhalte und Abläufe wurden mit den Verantwortlichen in der o.a. Institution vereinbart bzw. sind geplant:

.....  
.....  
.....

Name der/des betreuenden facheinschlägigen Mentorin/Mentors bzw. der direkten fachlichen Ansprechperson in der Institution:

.....

Name der Leitungsperson bzw. der/des Führungsverantwortlichen in der Institution:

.....

Haben Sie zum Zeitpunkt des Praktikumseintritts bereits mindestens eine Pflicht-Lehrveranstaltung (LV) aus dem Masterstudium „Inclusive Education“ besucht und positiv abgeschlossen? (Dies gilt auch für die Anrechnung der beruflichen Tätigkeit.)		<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein		
Zeitpunkt, wann die erste LV aus dem Master-Studium bestanden wurde:		

Welches Praktikum haben Sie im Rahmen des Bachelorstudiums „Pädagogik“ abgeschlossen?		
Institution:	Zeitraum:	Stundenzahl:

.....  
Unterschrift Studierende/Studierender

Datum

Dieses Formular bitte **vor Praktikumsbeginn** im Sekretariat des Arbeitsbereichs Inklusive Bildung und Heilpädagogische Psychologie bei Frau Hodab abgeben! (Bitte bedenken Sie den Bearbeitungszeitraum von mind. 2 Wochen für die Freigabe!)

Dieses Praktikum wurde freigegeben von ..... am .....