Praxisberatung und –vermittlung der Berufsfachschule für Sozialwesen

Karl-Schrader-Straße 7-8 / 10781 Berlin

Tel.: 030 21730-174 E-Mail: praxisbuero@pfh-berlin.de

**Einverständniserklärung der Praxisstelle** und **Zustimmung der Fachschule**

**für das Pflichtpraktikum in der Ausbildung zur Erzieherin/zum Erzieher**

**Praxisstelle**: Träger: 0 Land Berlin/Eigenbetriebe 0 Freier Träger/Elterninitiative

**Name:**

**Straße:**

**PLZ:**

**Telefon:**

**e-mail:**

### Hiermit erklären wir uns bereit, in der Zeit vom **17.04.-07.07.2023**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semestergruppe:\_\_\_\_\_\_\_

geb. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ wohnhaft: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nach den geltenden **Ausbildungsvorschriften** auf der Grundlage eines individuellen Ausbildungsplans auszubilden.

**Die Fachschule bestätigt, dass die Studierenden über das Infektionsgesetz nach § 35 und**

**§ 43.4 IfSG belehrt wurden.**

#### **Nur für die Praxisstellen freier Träger: wir bestätigen, dass wir die Anerkennung durch die für Jugend zuständige Senatsverwaltung oder einer ihr nachgeordneten Behörde haben.**

Wir teilen Ihnen mit, dass wir zur Zeit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kinder im Alter

von \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ Jahren betreuen.

Unsere Einrichtung ist täglich von \_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_ geöffnet.

Der/die Praktikant\*in wird in folgender Abteilung sein/ihr Praktikum ableisten:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Die Anleitung wird \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ übernehmen.**

…………………………………………………..

Datum / Unterschrift der Leitung

=================== **Von der Fachschule auszufüllen** =================

**Z u g e s t i m m t:**

**....................................................**

# Datum / Unterschrift Mitarbeiter\*in PFH