

## Praxisreferat

### Teilnehmer\*innen Supervisionsgruppe BA Studiengang

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Heilpädagogik             | <input type="checkbox"/> Soziale Arbeit (BbS) |
| <input type="checkbox"/> Kindheitspädagogik        | <input type="checkbox"/> Soziale Gerontologie |
| <input type="checkbox"/> Soziale Arbeit (Vollzeit) | <input type="checkbox"/> Religionspädagogik   |
| <input type="checkbox"/> Soziale Arbeit (dual)     |   |

**Supervisor\*in** \_\_\_\_\_

**Studentische\*r** Vertreter\*in **für die Supervisionsgruppe:**

Name: \_\_\_\_\_

Tel./E-mail: \_\_\_\_\_

	Namen der Studierenden	Email
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

Die Supervision findet statt:

- in den Räumen der KHSBoder
- nach Absprache mit den Studierenden in: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Erster Termin der Supervision: \_\_\_\_\_

Ich bestätige hiermit, dass ich mit der o. g. Supervisionsgruppe nach der gültigen Praxisordnung der KHSB arbeite.

Ort/Datum

Supervisor\*in (Unterschrift)