

Anmeldung zum Kooperativen Studium im Studiengang „Kindheitspädagogik B.A.“

Für bessere Lesbarkeit bitte das Formular am PC ausfüllen (Unterschrift handschriftlich). Bitte reichen Sie das Formular beim Praxisreferat digital oder in Papierform ein.

DATEN ZUM STUDENTEN/ZUR STUDENTIN

ANREDE	
VORNAME	
NACHNAME	
ADRESSE	
E-MAIL	
TELEFON	
MATRIKEL- NUMMER	
STUDIEN- GANG	

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zur Kontaktaufnahme durch htw saar Mitarbeiter*innen gespeichert werden: ☐ ja ☐ nein

INFORMATIONEN ZUM KOOPERATIVEN STUDIUM

BEGINN	
ENDE	
STUNDEN*	
VERGÜTUNG (FREIWILLIGE ANGABE)	

*Der zeitliche Umfang beträgt max. 30 Stunden pro Monat in der Vorlesungszeit und max. 10 Wochen in Vollzeit pro Studienjahr. Wenn im Vertrag ein wöchentlicher Stundenumfang angegeben wird oder eine Jahresarbeitszeit, dies dann bitte hier eintragen.

DATEN ZUM TRÄGER

- ANSPRECHPERSON FÜR DAS KOOPERATIVE STUDIUM

NAME VOM UNTERNEHMEN	
ANREDE	
NAME, VORNAME	
FUNKTION	
ADRESSE	
E-MAIL	
TELEFON	

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zur Kontaktaufnahme durch htw saar Mitarbeiter*innen gespeichert werden: ☐ ja ☐ nein

Die Praxisstelle verfügt über eine staatliche Betriebserlaubnis: ☐ ja ☐ nein

- VORGESEHENE PRAXISANLEITUNG

Anrede	
Name, Vorname	
Funktion	
Berufs- und Studienabschluss	
E-Mail	
Telefon	

Ort, Datum

Unterschrift Träger

Unterschrift Student*in

Anlage Anstellungsvertrag