

Bestätigung über einen Praktikumsplatz in einer Kindertageseinrichtung

Praktikumszeitraum: **31.05.2027 bis 02.07.2027**

Arbeitszeit: *Montag bis Freitag: **35 Wochenstunden (exklusive einer halben Stunde/Stunde Pause)**, 7 Stunden pro Tag (6 Stunden am Kind), (1 Stunde pro Tag **kann** für die Vorbereitung von Hospitationen/Aufgaben verwendet werden, muss aber in der KiTa absolviert werden)*

Hiermit beantrage ich die Genehmigung einer Praxisstelle für den Bildungsgang der Berufsfachschule, der zu einem Berufsabschluss nach Landesrecht **„Staatlich geprüfte Sozialassistentin/Staatlich geprüfter Sozialassistent, Schwerpunkt Erziehung, Bildung und Betreuung von Grundschulkindern“ führt.**

Im Rahmen dieses Bildungsganges muss ein **fünfwöchiges** Praktikum in einer Kindertageseinrichtung absolviert werden.

Name, Vorname (Schüler/Schülerin)

Mailadresse

Straße, PLZ, Ort

Datum der Antragstellung

Telefon

Unterschrift Schüler/Schülerin

Bedingungen zur Genehmigung einer Praktikumsstelle in einer Kindertageseinrichtung

Wir bestätigen, dass die folgenden Bedingungen erfüllt sind (bitte ankreuzen!):

- ☐ Unsere Einrichtung befindet sich **im Rhein-Sieg-Kreis** bzw. in einer **nahe gelegenen Region** der Städte Bonn oder Köln (in diesem Fall: Entfernung von der Schule max. 25 km).
- ☐ Der Einsatz erfolgt in Gruppenform I oder III nach KiBiz, Regelkindertageseinrichtung ohne spezielle Ausrichtung, keine heilpädagogische Kindertageseinrichtung.

- ☐ Die Anleitung im Praktikum wird gemäß Lehrplanvorgaben durch eine Praxismentorin/ einen Praxismentor von einer in der Kindertageseinrichtung beschäftigten Fachkraft unterstützt. Diese verfügt über eine mindestens zweijährige einschlägige Berufserfahrung und bekommt zur Wahrnehmung der Ausbildungsaufgaben hinreichend Zeit zur Verfügung gestellt.
- ☐ Diese Fachkraft wird im pädagogischen Alltag präsent sein, d.h. möglichst identischer Arbeitsbereich/ Arbeitszeit mit der Praktikantin/ dem Praktikanten.

Träger: _____	
Kindertageseinrichtung: _____	
Anschrift der Einrichtung: _____	
Tel.: _____	
_____ Leitung	_____ Mentor/ Mentorin der Einrichtung
_____ Berufsabschluss Mentor/Mentorin	_____ berufstätig in diesem Beruf seit
_____ Ort, Datum	
_____ Unterschrift der Einrichtungsleitung	_____ Stempel der Einrichtung

Die Einrichtung wird gemäß APO-BK, Anlage B als Ausbildungsstätte anerkannt.

Troisdorf, den _____

(Schulleiterin, OStD' Johanna Sieling)

(Bereichsleitung/ Bildungsgangleitung)