Berufskolleg AHS | Fischbacherbergstr. 17 | 57072 Siegen I info@berufskolleg-ahs.nrw.schule

ZWEIJÄHRIGE BERUFSFACHSCHULE GESUNDHEIT/ERZIEHUNG UND SOZIALES
KINDERPFLEGE / SOZIALASSISTENZ

Zertifiziert nach AZAV Zertifiziert nach AZAV

**Antrag auf Genehmigung der PIA-Stelle in der Zweijährigen Berufsfachschule Gesundheit/Erziehung und Soziales – Kinderpflege**

**bitte alle Angaben in Druckschrift:**

**Name, Vorname:**

**Schüler\*in**

Geburtsdatum: Geburtsort:

Anschrift:

Festnetz: Handy:

E-Mail:

**Träger der PIA-Einrichtung**

Name:

Name Ansprechpartner:

Anschrift:

Telefon: Fax: E-Mail:

Die Kooperationsvereinbarung zwischen BK AHS Siegen und Träger ist unterzeichnet [ ]  ja [ ]  nein

**PIA-Einrichtung**

Name:

Anschrift:

Telefon: Fax: E-Mail:

**Angaben zur Praxisstelle**

Einrichtungsleitung Name:

Berufsbezeichnung:

Anzahl der Kinder in der Einrichtung: Anzahl der Gruppen:

Alter der Kinder: Anzahl der Mitarbeiter\*innen:

Konzeptionelle Besonderheiten:

**Verantwortliche/r für die Praxisanleitung**

Name: Berufsbezeichnung:

Berufserfahrung als soz.päd. Fachkraft: Jahre

\* Vollzeit/ Teilzeit mit wöchentlich \_\_\_\_ Arbeitsstunden in der betreffenden Gruppe

Qualifizierung als Praxisanleitung:

**Einsatz Schüler\*in der PIA**

Größe der Gruppe Alter der Kinder/Jugendlichen

Die Vergütung beträgt monatlich € brutto.

**Beginn/Ende der PIA** 2024 bis 2026

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

**Änderungen bzgl. Anleitung und Einsatzes der/des Schülerin/Schülers der PIA bedürfen der schriftlichen Genehmigung durch die Schulleitung.**

**X**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Schüler\*in der PIA

**X**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift und Stempel des Trägers der Einrichtung

Der Antrag wird [ ]  genehmigt [ ]  nicht genehmigt *(Begründung siehe unten)*

Siegen,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ i.A.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift und Stempel der Schule (Carmen Höpfner, Abteilungsleitung Zweijährige Berufsfach-

schule Gesundheit/Erziehung und Soziales)

Verteiler: [ ]  Träger [ ]  Schüler\*in Formularversion Januar 2024