



Teilnehmer/-innen Supervisionsgruppe

BA Studiengang

- Heilpädagogik
- Kindheitspädagogik
- Soziale Arbeit
- Soziale Arbeit (BbS)
- Soziale Gerontologie
- Religionspädagogik in Schule und pastoralen Räumen

Supervisor/Supervisorin: _____

Studentischer Vertreter/ Studentische Vertreterin für die Supervisionsgruppe:

Name: _____

Tel.: _____

e-mail: _____

	Name der Studierenden	e-mail
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

- Die Supervision findet statt: in den Räumen der KHSB oder
 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/ Supervisorin (Unterschrift)