



**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/ Email: \_\_\_\_\_

	<b>Name der Studierenden</b>	<b>Email</b>
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\*in (Unterschrift)