



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: _____

	Name der Studierenden	Email
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)