

# Praxisnachweis Ferialpraktikum

Es wird bestätigt, dass

---

Vorname und Nachname

---

Klasse/Semester/Ausbildungsform

eine Praxiswoche in der schulfreien Zeit absolviert hat.

**Institution**

**Datum der Praxistage und Anzahl der täglichen Praxisstunden**

---

Unterschrift Leitung der Institution

**Bildungsanstalt für Elementarpädagogik**  
5500 Bischofshofen, Südtiroler Straße 75  
E-Mail: [praxis-organisation@bafep-bhofen.at](mailto:praxis-organisation@bafep-bhofen.at)  
Telefon 0664 / 8413957

## Ausbildungsvertrag Ferialpraktikum

Ansuchen:     1. Ferialpraktikum     2. Ferialpraktikum     3. Ferialpraktikum

<b>Name der Schüler*in/Student*in</b>	
<b>Klasse/Semester/Ausbildungsform</b>	

<b>Bisher absolvierte Ferialpraktika</b> (Bezeichnung der Institution)	
---------------------------------------------------------------------------	--

<b>Bezeichnung der Institution für das aktuelle Ferialpraktikum</b>	
Adresse	
Telefonnummer	
Mailadresse	
Kontaktperson	

*Das Ferialpraktikum ist für die Schüler\*innen und Studierenden verpflichtend und wird von ihnen selbst organisiert. Das Ausmaß der Praxiszeit beträgt 30 Wochenstunden und ist an fünf aufeinanderfolgenden Tagen zu absolvieren. Die Schüler\*innen/ Studierenden sind während des Ferialpraktikums über die Schule (AUVA) versichert.*

<b>Zeitraum des Praktikums</b>	
--------------------------------	--

**Die Praktikant\*in hat der Institution die schriftlichen Informationen zum verpflichtenden Ferialpraktikum übermittelt.**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Schüler\*in /Student\*in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leitung der Institution

Von der Schule auszufüllen:

Die angefragte Ferialpraxisstelle             wird genehmigt.             wird nicht genehmigt.

\_\_\_\_\_  
Praxisorganisation BAFEP, Mag. Christine Zechmann

**Bildungsanstalt für Elementarpädagogik**  
5500 Bischofshofen, Südtiroler Straße 75  
E-Mail: praxis-organisation@bafep-bhofen.at  
Telefon 0664 / 8413957