



Zusatzqualifikation Schulsozialpädagogik / Schulsozialarbeit

Anmeldung zur Prüfung

Abgabe: PH-Studierende: Fr. Prof. Dr. Schlemmer
FH-Studierende: Fr. Prof. Dr. Kallfaß

Hiermit melde ich mich

Name _____ Vorname _____ Matr.-Nr. _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Studium _____

Semester _____

Hochschule PH FH

Adresse + Mail:

zur Prüfung in der Zusatzqualifikation Schulsozialpädagogik / Schulsozialarbeit an.

Prüfungstermin (festgelegt nach Vereinbarung) _____

Datum _____ Unterschrift _____

Verwaltungsdaten

Eingang der Anmeldung _____

Datum _____ Unterschrift Prof. _____

Prüfung abgelegt

am _____ mit Note _____

Unterschrift Prof. PHW _____

Unterschrift Prof. HRW _____
