

Bestätigung Lehrsupervision

Supervisand:in

Vorname: _____ Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____ Mail: _____

Lehrsupervisor:in

Vorname: _____ Name: _____

Titel: _____ Qualifikation Lehrsupervision SKJP: _____

Adresse: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel: _____ Mail: _____

Übersicht:

Termine	Einheiten	Bemerkungen	Anzahl Supervisand*innen (max 6)
<i>z.B. 23.12.2021</i>	<i>z.B. 2</i>	<i>z. B. Standortgespräch; Besprechung Fallbericht; Zielvereinbarung; Lehrsupervision</i>	

Termine	Einheiten	Bemerkungen	Anzahl Supervisand*innen (max 6)
Total Einheiten			

Inhalte, Themen

Bsp.: Thematisiert wurden persönliche Aspekte, die in Zusammenhang mit der Arbeitstätigkeit aufgefallen sind. Es fand eine Auseinandersetzung mit dem Fall statt, der für den Fallbericht ausgesucht wurde.

Eignung

Gerne bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass oben genannte*r Supervisand*in bei mir in Lehrsupervision war, und dass ich keine Hinweise finden konnte, welche obgenannte Person für die kinder- und jugendpsychologische Tätigkeit als ungeeignet erscheinen lassen.

Ort, Datum:

Unterschrift LehrSupervisor:in