

## 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>	

