



ANTRAG AUF GENEHMIGUNG DER STELLE IM ANERKENNUNGSJAHR

Formularversion Oktober 2025

☐ in der FACHSCHULE FÜR SOZIALPÄDAGOGIK (FSP)

☐ im BERUFLICHEN GYMNASIUM (Erzieher/in und Allgemeine Hochschulreife) (FSA)

ERZ/IN im AKJ Name/Vorname _____ Klasse _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Anschrift _____

Festnetz-/Handynr./Email _____

Träger der AKJ-Einrichtung

Anschrift/Telefon/Fax/Email _____

AKJ-Einrichtung

Anschrift/Telefon/Fax/Email _____

Angaben zur Praxisstelle

Einrichtungsleitung: Name _____ Berufsbez.: _____

Anzahl der Kinder / Jugendlichen in der Einrichtung _____ Anzahl der Gruppen _____

Alter der Kinder / Jugendlichen _____ Anzahl der MitarbeiterInnen _____

Konzeptionelle Besonderheiten _____

Verantwortliche/r für die Praxisanleitung im Anerkennungsjahr

Name _____ Berufsbezeichnung: _____

Berufserfahrung als soz.päd. Fachkraft: _____ Jahre

Qualifizierung als Praxisanleitung: ☐ (Zertifikat Siegener Netzwerk) ☐ (anderes Anleitungszertifikat)

☐ weitere Qualifikation: _____

☐ Vollzeit mit wöchentlich _____ Arbeitsstunden in der betreffenden Gruppe

☐ Teilzeit mit wöchentlich _____ Arbeitsstunden in der betreffenden Gruppe

Hat die Praxisanleitung weniger als 30 Arbeitsstunden in der betreffenden Gruppe, ist nachfolgend die Angabe einer unterstützenden Praxisanleitung erforderlich.



Name _____ Berufsbezeichnung: _____

Berufserfahrung als soz.päd. Fachkraft: _____ Jahre

Qualifizierung als Praxisanleitung: ☐ (Zertifikat Siegener Netzwerk) ☐ (anderes Anleitungszertifikat)

☐ weitere Qualifikation: _____

☐ Vollzeit mit wöchentlich _____ Arbeitsstunden in der betreffenden Gruppe

☐ Teilzeit mit wöchentlich _____ Arbeitsstunden in der betreffenden Gruppe

Einsatz der/s ERZ/IN im Anerkennungsjahr

Größe der Gruppe _____ Alter der Kinder / Jugendlichen _____

Die Vergütung beträgt brutto _____ € monatlich.

☐ Das Anerkennungsjahr wird absolviert im Umfang einer vollen Stelle der tariflichen Arbeitszeit.

oder

☐ Das Anerkennungsjahr umfasst eine wöchentliche Arbeitszeit von _____ Arbeitsstunden.

Beginn/Ende des Anerkennungsjahres: _____ 202____ bis _____ 202____

Änderungen bzgl. Anleitung und Einsatz der/s ERZ/IN im AKJ bedürfen der schriftlichen Genehmigung durch die Schulleitung.

X _____

Ort, Datum Unterschrift des/r ERZ/IN im AKJ

X _____

Ort, Datum Unterschrift und Stempel des Trägers der Einrichtung

Der Antrag wird ☐ genehmigt ☐ nicht genehmigt (*Begründung siehe unten*)

Siegen, _____ i. A. _____
Ort, Datum Stempel der Schule (Abteilungsleitung, Fachschule für Sozialpädagogik)

Verteiler: ☐ Träger

☐ ERZ/IN im AKJ

☐ Schulbüro