|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pbe - SHP**    Praxisbegleitung im Rahmen des Masterstudiengangs «Schulische Heilpädagogik» | **Einverständnis**  **Schulleitung** | | | |
|  | **Teilnahme an der Weiterbildung „Pbe - SHP“ organisiert durch die Pädagogische Hochschule Wallis** | | | |
| **Dauer und Modalität:**  5 Tage  *Die Ausbildungstage fallen in die Unterrichtszeit.*  *Die Stellvertretung wird durch die Gemeinde organisiert und vom Staat finanziert. (gemäss Departementsentscheid vom 28.8.2015)* | Wir erklären uns einverstanden, dass | | | |
| Name |  | Vorname |  |
| die Weiterbildung „Praxisbegleitung im Rahmen des Masterstudiengangs «Schulische Heilpädagogik»“ absolviert. | | | |
| Gemeinde |  | Ort |  |
| Ort |  | Datum |  |
| Unterschrift Schulleitung | |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pbe - SHP**    Praxisbegleitung im Rahmen des Masterstudiengangs «Schulische Heilpädagogik» | **Bewilligung**  **Schulinspektor/-in** | | | |
|  | **Teilnahme an der Weiterbildung „Pbe -SHP“ organisiert durch die Pädagogische Hochschule Wallis** | | | |
|  | Ich bewillige, dass | | | |
| Name |  | Vorname |  |
| Die Weiterbildung „Praxisbegleitung im Rahmen des Masterstudiengangs «Schulische Heilpädagogik»“ absolviert. | | | |
| Gemeinde |  | Ort |  |
| Ort |  | Datum |  |
| Unterschrift Schulinspektorat | |  |  |