Bestätigung des Arbeitgebers für die berufliche Tätigkeit bei berufsbegleitendem Studium

Master Sonderpädagogik Vertiefungsrichtung Schulische Heilpädagogik

1 Interessierte Person

Name, Vorname _____

2 Tätigkeit zum Zeitpunkt der Anmeldung

Funktionsbezeichnung _____

Umfang in Stellenprozent _____

Institution
☐ Schule
☐ Heilpädagogische Institution
☐ Sonderpädagogischer Dienst

Angestellt seit _____

3 Tätigkeit bei Studienbeginn

☐ **Noch auf Stellensuche**

Ort der voraussichtlichen Tätigkeit (Kanton) _____

☐ **Gleich wie Punkt 2**

☐ **Neuer Arbeitsort:**

Funktionsbezeichnung _____

Umfang in Stellenprozent _____

Institution
☐ Schule
☐ Heilpädagogische Institution
☐ Sonderpädagogischer Dienst

Angestellt ab _____

Stand April 2026. Änderungen vorbehalten.

Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik
Schaffhauserstrasse 239, Postfach 5850, CH-8050 Zürich, T +41 44 317 11 11, info@hfh.ch, www.hfh.ch

Ist / wird die studieninteressierte Person an Ihrer Schule in der Funktion als SHP tätig / sein?

☐ Nein (bitte beachten Sie, dass mit Beginn des Studiums eine Anstellung als SHP von mind. 20% nachzuweisen ist)
☐ Ja (bitte kreuzen Sie in jedem der nachfolgenden Bereiche a-c an)

a) Funktion:

☐ Lehrtätigkeit
☐ Beratungstätigkeit
☐ Projektleitung
☐ Teamleitung

b) Heilpädagogischer Fachbereich:

☐ Lernen
☐ Verhalten
☐ Hören
☐ Sehen
☐ Sprache und Kommunikation
☐ Körperlich-motorische Entwicklung
☐ Geistige Entwicklung
☐ Beratung und Kooperation im heilpädagogischen Kontext
☐ Schul- und Organisationsentwicklung im heilpädagogischen Kontext

c) Altersstufe:

☐ Zyklus 1
☐ Zyklus 2
☐ Zyklus 3

4 Umfang der Ausbildung

- Modular aufgebautes Studium mit insgesamt 90 ECTS-Punkten
- 1-2 Tage Kontaktstudium (Präsenz oder Online)
- 1-2 Tage begleitetes Selbststudium
- Zusätzlich freies Selbststudium

5 Arbeitgeberin / Arbeitsort

Arbeitgeberin zum Zeitpunkt der Anmeldung, falls vorhanden, sonst Arbeitgeberin zum Zeitpunkt des Studienbeginns.

Name Schule / Institution _____

Strasse, Postleitzahl / Ort _____

Kanton _____

Wir nehmen vom Umfang der Ausbildung und von der dafür notwendigen Freistellung der interessierten Person Kenntnis und sind damit einverstanden.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift und Stempel Arbeitgeberin