**Berufsfachschule Sozialassistenz**
Paul-Oventrop-Str. 7
59939 Olsberg

An die
Praktikumseinrichtung
der Schülerinnen und Schüler
der Berufsfachschule Sozialassistenz

**Praxisintegrierte Ausbildung zum Sozialassistenten**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns herzlich bei Ihnen, dass Sie unseren Lernenden die Möglichkeit bieten im Rahmen der praxisintegrierten Ausbildung zum Sozialassistenten/zur Sozialassistentin wertvolle praktische Erfahrungen in Ihrer Einrichtung zu sammeln. Ihre Unterstützung ist für die berufliche Entwicklung von großer Bedeutung.

Wir möchten Sie in diesem Zusammenhang bitten, zu überprüfen und zu dokumentieren, ob die/der Lernende die folgenden erforderlichen Nachweise bei Ihnen vorgelegt hat:

- ✓ **Eintragungsfreies Erweitertes Führungszeugnis nach §30a Abs. 1 BZRG**
- ✓ **Nachweis über den Masernschutz**
- ✓ **Belehrung gemäß § 42 und 43 Infektionsschutzgesetz (IfSG)**

Bitte leiten Sie das ausgefüllte Formular **bis zum 02.09.2026** an uns zurück.

Zur besseren Planung haben wir Ihnen die Verteilung der Schul-/Praxistage für die PiA-Ausbildung 2026 - 2028 in der folgenden Tabelle abgebildet:

| | **Schultage pro Woche** | **Praxistage pro Woche** | **Std pro Tag** | **wöchentliche Arbeitszeit** |
|---|---|---|---|---|
| 1. Ausbildungsjahr | 3 Tage<br><br>*Montag*<br>*Dienstag*<br>*Mittwoch* | 2 Tage<br><br>*Donnerstag*<br>*Freitag* | 9 h Schule und<br>6 h Praxis | 39 h |
| 2. Ausbildungsjahr | 2 Tage<br><br>*Donnerstag*<br>*Freitag* | 3 Tage<br><br>*Montag*<br>*Dienstag*<br>*Mittwoch* | 9 h Schule und<br>7 h Praxis | 39 h |

Zu Beginn des Schuljahres laden wir Sie zu einem Anleitertreffen ein. Dort freuen wir uns auf den Austausch mit Ihnen und die Möglichkeit, offene Fragen gemeinsam zu klären.

Wir freuen uns auf eine vertrauensvolle und erfolgreiche Zusammenarbeit und stehen Ihnen für Rückfragen jederzeit gerne zur Verfügung

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

gez.
Silke Labe

Anschrift der Praktikumseinrichtung

Berufskolleg Olsberg
Paul-Oventrop-Str. 7
Abt. Sozialassistenz/BFS
59939 Olsberg

Hiermit bestätigen wir, dass _____
Name, Vorname des Auszubildenden; Geburtsdatum

die folgenden Unterlagen

- ☐ Eintragungsfreies **Erweitertes Führungszeugnis nach §30a Abs. 1 BZRG** (Datum der Vorlage _____)
- ☐ **Nachweis über den Masernschutz** (Datum der Vorlage _____)
- ☐ **Belehrung gemäß § 42 und 43 Infektionsschutzgesetz (IfSG)** (Datum der Vorlage _____)

bei uns

(Name und Anschrift des Trägers) _____

_____

_____

(Name des Ansprechpartners) _____

eingereicht hat.

_____, den _____ _____
Ort Datum Unterschrift