



Name der Studentin / des Studenten: _____
Studiengang: _____
Ansprechpartner an der AfaP: _____
Name der Mentorin / des Mentors: _____
Email: _____
Übschule: _____

Zeitraum des Mentorats (mindestens 1 Semester)

von _____ bis _____

Mit der Unterschrift erklärt sich die Mentorin / der Mentor einverstanden, die Studierende / den Studierenden während des angegebenen Zeitraums im Praxisstudium gemäß den AfaP-Leitlinien beratend zu begleiten, das Praxisstudium anhand der Formulare für das Praxisstudium zu dokumentieren und an den jährlichen Mentorentreffen teilzunehmen. Die Leitlinien und Formulare zum Praxisstudium werden jeweils in der aktuellen Fassung auf der AfaP-Website bereitgestellt: www.afap.ch

Die Betreuung der/s Studierenden kann nach dem ersten Semester voraussichtlich fortgesetzt werden:

Ja Offen Nein

Anmerkungen zum Mentorat

Unterschrift der Mentorin / des Mentors

Ort und Datum

Unterschrift

Unterschrift der/s Studierenden

Ort und Datum

Unterschrift

Mit der Unterschrift bestätigt die AfaP-Studienleitung die Anerkennung der Vereinbarung zwischen der/dem Studierenden und der Mentorin / dem Mentor.

Unterschrift der Studienleitung

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel