

Lehrerprüfungsamt Mecklenburg-Vorpommern

Nachweis über erbrachte Leistungen im Prüfungsfach Sprachbehindertenpädagogik als sonderpädagogische Fachrichtung gemäß Lehrerprüfungsverordnung 2000 (LehPrVO 2000 M-V)

Name, Vorname: Geburtsdatum:

hat während ihres/seines Studiums (Beginn:) für das Lehramt für **Sonderpädagogik** die folgenden Zulassungsvoraussetzungen für die Erste Staatsprüfung in Sprachbehindertenpädagogik erfüllt.

Nachweis eines ordnungsgemäßen Fachstudiums gemäß § 4 LehPrVO 2000 M-V in einem Gesamtumfang von zirka **40 SWS**.

Kennziffer

SB 1 Teilnahme an einer Veranstaltung zur **Theorie der Sonderpädagogik**

SWS: **Einführung** in die Sprachbehindertenpädagogik Dozent:

Institutsstempel, Datum, Unterschrift des Dozenten:

SB 2 Teilnahme an einer Veranstaltung zur **Theorie der Sonderpädagogik**

SWS: Thema: Dozent:

Institutsstempel, Datum, Unterschrift des Dozenten:

SB 3 Teilnahme an einer Veranstaltung aus der **Psychologie**

SWS: Thema: Dozent:

Institutsstempel, Datum, Unterschrift des Dozenten:

SB 4 Teilnahme an einer Veranstaltung aus der **Soziologie**

SWS: Thema: Dozent:

Institutsstempel, Datum, Unterschrift des Dozenten:

SB 5 Erfolgreiche Teilnahme an einem Seminar in der Sprachbehindertenpädagogik

SWS: Thema: Dozent:

Institutsstempel, Datum, Unterschrift des Dozenten:

Name, Vorname _____

SB 6 **Erfolgreiche Teilnahme** an einem Seminar in der Sprachbehindertenpädagogik

SWS: **Thema:** **Dozent:**

Institutsstempel, Datum, Unterschrift des Dozenten:

SB 7 **Erfolgreiche Teilnahme** an einer Veranstaltung zum Erlernen **förderdiagnostischer Techniken** und **instrumentaler Maßnahmen**

SWS: **Thema:** **Dozent:**

Institutsstempel, Datum, Unterschrift des Dozenten:

SB 8 **Erfolgreiche Teilnahme** an einer Veranstaltung in **psychologisch-pädagogischer Diagnostik**

SWS: **Thema:** **Dozent:**

Institutsstempel, Datum, Unterschrift des Dozenten:

SB 9 **Erfolgreiche Teilnahme**

SWS: **Grundlagen der HNO-Heilkunde** **Dozent:**

Institutsstempel, Datum, Unterschrift des Dozenten:

SB 10 **Erfolgreiche Teilnahme**

SWS: **Phoniatrie und Pädaudiologie** **Dozent:**

Institutsstempel, Datum, Unterschrift des Dozenten:

SB 11 **Erfolgreiche Teilnahme**

SWS: **Kieferchirurgie und –orthopädie/
Phonetik und Sprachwissenschaft** **Dozent:**

Institutsstempel, Datum, Unterschrift des Dozenten:

Name, Vorname _____

SB 12 **Leistungsnachweis** aus einer/einem Veranstaltung/Seminar zu besonderen **Stütz- und Fördermaßnahmen**

SWS: **Thema:** **Dozent:**

Institutsstempel, Datum, Unterschrift des Dozenten:

SB 13 **Leistungsnachweis** aus einer/einem Veranstaltung/Seminar zu besonderen **Stütz- und Fördermaßnahmen**

SWS: **Thema:** **Dozent:**

Institutsstempel, Datum, Unterschrift des Dozenten:

SB 14 **Erfolgreiche Teilnahme** an einer Veranstaltung/Seminar zu besonderen **Stütz- und Fördermaßnahmen**

SWS: **Thema:** **Dozent:**

Institutsstempel, Datum, Unterschrift des Dozenten:

Folgende Veranstaltungen werden im derzeit laufenden Semester belegt (bitte Kennziffer/n angeben und vom Dozenten abzeichnen lassen):

SB
 Unterschrift

Die hier vorgelegten Bescheinigungen entsprechen den gemäß LehPrVO 2000 M-V geforderten Zulassungsvoraussetzungen bzw. sind als fachliches Äquivalent anzusehen. Ersatzweise können ggf. die als Anlage beigefügten, mit Kennziffern versehenen Einzelbescheinigungen anerkannt werden.

Summe der oben bescheinigten SWS:

.....
 Datum

.....
 Unterschrift der Studienfachberaterin/des Studienfachberaters des Instituts

