

Ev. Hochschule Darmstadt, Zweifalltorweg 12, 64293 Darmstadt

Fachbereich II

**Praxisreferat
Heilpädagogik**

Sekretariat

Telefon +49 (0)6151 8798-16

praxisreferat_ie@eh-darmstadt.de

**Unterlagen/Nachweise für die Erteilung der staatlichen Anerkennung
als Heilpädagoge/Heilpädagogin**

- **Antrag auf Erteilung der staatlichen Anerkennung** (s. Anlage / Anhang)
 - bitte vollständig ausgefüllt und unterschrieben im Original an uns zurück
- **60,00 EUR – Verwaltungsgebühr**
 - Evangelische Bank, IBAN DE05 5206 0410 0004 1005 90, BIC GENODEF1EK1
 - Verwendungszweck: Kostenstelle 21824, Name, Vorname und Matrikel-Nr.
bitte nicht vergessen
- **Kopie des Bachelor-Abschlusses**
- **Ein Nachweis über die bestandene Kolloquiumsprüfung**
- **Für den Studiengang Inclusive Education/ Integrative Heilpädagogik mit Prüfungsordnung
vor dem 17.06.2013: Aktuelles Führungszeugnis** zur Vorlage bei Behörden (**Belegart „O“** -
dies wird direkt an die EHD geschickt und nicht an Sie persönlich ausgestellt) -das Führungs-
zeugnis darf nicht älter als drei Monate sein

Postadresse: Praxisreferat Heilpädagogik
Zweifalltorweg 12
64293 Darmstadt

Die Bearbeitungszeit dauert ca. 6 bis 8 Wochen. Die Urkunde erhalten Sie auf dem Postweg.

Antrag auf Erteilung der staatlichen Anerkennung

(bitte senden Sie Ihre Unterlagen an das Praxisreferat Heilpädagogik)

Matrikel-Nr.: _____

Vorname / Nachname: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.-Nr.: _____ E-Mail: _____

Ich beantrage die staatliche Anerkennung als

Heilpädagogin / Heilpädagoge

- ☐ Die **Verwaltungsgebühr** von **60,00 EUR** habe ich am _____ auf das Konto der EHD überwiesen. (Evangelische Bank, IBAN DE05 5206 0410 0004 1005 90, BIC GENODEF1EK1)

Bitte **Kostenstelle 21824, Name, Vorname** und **Matrikel-Nr.** angeben.

- ☐ Eine Fotokopie des Bachelor-Abschlusses (Kindheitspädagogik) liegt dem Antrag bei.

Beim Studiengang Inclusive Education/ Integrative Heilpädagogik PO vor 17.06.2013:

- ☐ Ein **aktuelles Führungszeugnis** zur Vorlage bei Behörden (**Belegart „O“ nach § 30, Abs.5 BZRG**) habe ich am _____ beantragt (wird direkt an die EHD gesendet).

Datum

Unterschrift
der Antragstellerin / des Antragstellers