# Kurzvorstellung StEP-idee

## Studieneingangsprojekt (StEP) B.A. Heilpädagogik/Inklusive Pädagogik

|  |  |
| --- | --- |
| **Informationen zu Ihrer StEP-Idee** | |
| **Verbindliche\_r Ansprechpartner\_in, der\_die durchgehend die Studierenden begleitet:**  Name:  Funktion:  Qualifikation:  E-Mail:  Telefon-Nr.:  **Wichtig (!): Verbindliche\_r Ersatz-Ansprechpartner\_in bei Ausfall (z.B.: Krankheit, Urlaub etc.) der oben genannten Person:**  Name:  Funktion:  Qualifikation:  E-Mail:  Telefon-Nr.: |  |
| **Information zum Arbeitsbereich**, dem das Projekt angegliedert sein soll: | |
| **Mögliches Thema der StEP-Idee:** (wenn bereits vorhanden) | |
| **Beschreibung der möglichen Zusammenarbeit: Was sollen die Studierenden erforschen?**    Wenn möglich: Einbezug von Klienten\_innen bzw. Nutzer\_innen in das Projekt (Was wird gemeinsam mit Klienten\_innen bzw. Nutzer\_innen durchgeführt?): | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Angaben zur Einrichtung/ Organisation** | |
| **Name der Einrichtung /Organisation** |  |
| **Ansprechpartner\_in** |  |
| **Anschrift** | Straße und Hausnummer:  PLZ:  Ort: |
| **Kontakt:** | Telefon-Nr.:  Fax-Nr.:  E-Mail: |
| **Hinweise zur Erreichbarkeit der Einrichtung**  (bitte ankreuzen) | mit den öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar  Zug-/Busanbindung gegeben  PKW erforderlich  weitere Information: |
| **Besondere Hinweise**  (Urlaub, Ferien etc.) |  |
| **Erstes Treffen mit den Studierenden möglich:** | 24. September 2025  25. September 2025  26. September 2025 |

**Einwilligungserklärung zur Speicherung und Nutzung personenbezogener Daten**

Um das StEP-Projekt durchführen zu können, benötigen wir Ihre Kontaktdaten. Um Sie auch zukünftig für weitere (StEP-) Projekte kontaktieren zu können, werden wir Ihre E-Mail-Adresse archivieren. Sie willigen ein, dass Sie bis auf Widerspruch mit der elektronischen Speicherung, Nutzung und Verarbeitung Ihrer hier angebenden Daten für das diesjährige StEP-Projekt einverstanden sind.  
Ihre Kontaktdaten werden für Dritte unzugänglich gespeichert. Selbstverständlich können Sie einer Speicherung Ihrer Kontaktdaten zu jedem Zeitpunkt im Praxisreferat für die Zukunft widerrufen. Die Übermittlung Ihrer Daten an andere Mitarbeiter\_innen sowie den Studierenden erfolgt nur zur Kontaktaufnahme für das StEP-Vorhaben. Bei weiterer Nutzung erfolgt dann zu gegebener Zeit eine separate Einverständniserklärung.

Ich bin damit einverstanden:  **ja**  **nein**

Darüber hinaus wollen wir allen am StEP teilnehmenden Praxisvertreter\_innen die Daten der Einrichtung und das Thema der Projekti-deen zur Verfügung stellen.

Ich bin mit der Übermittlung dieser Informationen an andere teilnehmende Praxisvertreter\_innen durch einen von der Hochschule erstellten Überblick über alle StEP-Projektideen des aktuellen Durchgangs einverstanden:  **ja**  **nein**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Datum und Ort Unterschrift**

**Mit der Bitte um Rückgabe gern zeitnah und bis spätestens zum 30. Juni 2025 per Mail; Fax oder Post an:**

katho NRW – Abteilung Münster E-Mail: a.middendorf@katho-nrw.de

z. H. Anja Middendorf

Piusallee 89 48147 Münster Fax-Nr.: 0251 / 41767-52