

**Master of Education Künstlerisches Lehramt mit Bildender Kunst
Modul MA 2: Künstlerische Praxis/Klassenarbeit VI**

Name, Vorname: _____ Matrikelnummer _____

Dokumentierte Studienleistungen						
Studienbereich	Veranstaltungstitel	ECTS	Semester	In der LV erbrachte Leistung, ggf. Note	Lehrende*r	Unterschrift und Datum
Künstlerisches Studium	Künstlerische Praxis/Klassenarbeit	3	WS ____			
Künstlerisches Studium	Künstlerische Praxis/Klassenarbeit	3	SoSe ____			
	Summe	6				

**Master of Education Künstlerisches Lehramt mit Bildender Kunst
Modul MA 2: Künstlerische Praxis/Klassenarbeit VI**

Modulabschlussprüfung

Hiermit melde ich mich zur Abschlussprüfung Modul MA 2 an

Anmeldung bestätigt und zur Prüfung zugelassen

Unterschrift/Datum (Studierende*r)

Unterschrift/Datum (Prüfungsausschuss)

Studienbereich	Prüfungstypus	Prüfungsdatum	Prüfer*in	Note	Unterschrift
Künstlerische Praxis					