

Europa-Universität Flensburg  
>>Name des Instituts<<  
>>Name des/der Dozierenden<<

### Bestätigung

Hiermit bestätige ich, dass die wissenschaftliche Untersuchung, die >>Vorname und Name des/der Studierenden<< gerne an Ihrer Schule durchführen möchte, im Rahmen

meiner Lehrveranstaltung zum Thema

---

---

---

eines Praktikums

seiner/ihrer Bachelor-Thesis

seiner/ihrer Master-Thesis

>>sonstiges, bitte eintragen<<

durchgeführt wird.

Folgende Rahmenbedingungen habe ich mit >>Vorname und Name des/der Studierenden<< vereinbart:

**Untersuchungsziel:**

---

---

---

---

---

---



**Art der Untersuchung:**

- Fragebogenerhebung
  - digitaler Fragebogen       Papierfragebogen
  
- Interview/Gespräch
  - digitale Durchführung       Durchführung Face-to-Face
  - Videoaufzeichnung       Audioaufzeichnung
  - Notizen/Mitschrift
  
- Beobachtung
  - videografiert       Notizen/Mitschrift
  
- >>sonstiges, bitte eintragen<<

**An der Untersuchung zu beteiligende Schulformen:**

- Grundschulen       Gemeinschaftsschulen
- Gymnasien       berufsbildende Schulen

**Zielgruppe:**

- minderjährige Schüler:innen       volljährige Schüler:innen
- Lehrkräfte       Eltern bzw. Sorgeberechtigte
- Schulleitung       >>sonstiges, bitte eintragen<<

---

Datum

Unterschrift & Stempel