

Praxisbericht

Teilnehmerin/

Teilnehmer

Name, Vorname

Betrieb

Name

Adresse

Telefon Nr.

E-Mail

Integrationskurs

Standort

Typ

Praxiseinsatz

Dauer:

von

bis

Branche / Beruf

Zuständige Person

Abschliessender Kommentar der zuständigen Person

(Tatsachen und Bewertungen, die für die Gesamtbeurteilung wichtig sind, insbesondere Aussagen zu Leistung und Verhalten)

Um die Berufswahlreife zu fördern, sind wir Ihnen dankbar, wenn Sie diesen Bericht am Ende des Praktikumseinsatzes mit der Teilnehmerin / dem Teilnehmer besprechen.

Wurde dieser Bericht mit der Teilnehmerin / dem Teilnehmer besprochen?

Ja

Nein

Sind mit der Teilnehmerin / dem Teilnehmer Vereinbarungen über eine zukünftige Ausbildung getroffen worden?

Ja

Nein

Datum:

Unterschrift:

Name des Betriebs: _____

Name der Teilnehmerin /
 des Teilnehmers: _____

	sehr gut	gut	genügend	ungenügend
1. Wie war Ihr erster Eindruck von der Teilnehmerin / vom Teilnehmer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wie erfasst / versteht sie / er die gestellten Aufgaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wie führt sie / er Aufgaben aus?				
a. Sorgfalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Arbeitstempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ausdauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Fertigkeit und Handgeschick	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ordnung und Sauberkeit am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wie schätzen Sie ihre / seine Persönlichkeit ein?				
a. Höflichkeit / Umgangsformen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Kontaktfreudigkeit / Offenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Umgang mit dem Team / Hilfsbereitschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Selbstständigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Selbstsicherheit / Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Pünktlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Zuverlässigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Aufmerksamkeit / Konzentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Belastbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Zeigte die Teilnehmerin / der Teilnehmer Interesse an diesem Beruf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wie schätzen Sie die Eignung für diese Berufsarbeit ein?				
a. körperlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. intellektuell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. charakterlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>