

Praxisbericht Brückenangebot – Rückmeldung zum Praxiseinsatz

Schülerin/Schüler Name, Vorname
Betrieb Name
 Adresse
 Telefon Nr.
 E-Mail
Schule Brückenangebot Standort
Praxiseinsatz Dauer von bis
 Branche/Beruf
 Zuständige Person

	sehr gut	gut	genügend	ungenügend
1. Wie war Ihr erster Eindruck von der Schülerin/vom Schüler?	<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 die 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"/>
a. 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. Selbständigkeit	<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 Schülerin/der Schüler 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"/>

Abschliessender Kommentar der zuständigen Person

(Beobachtungen 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 Praxiseinsatzes mit der Schülerin / dem Schüler besprechen.

Wurde dieser Bericht mit der Schülerin / dem Schüler besprochen? Ja Nein

Sind mit der Schülerin / dem Schüler Vereinbarungen über eine zukünftige Ausbildung getroffen worden? Ja Nein

Datum: _____

Unterschrift: _____

Der Praxisbericht geht an die Schule Brückenangebot.