

Praktikumsbericht

Praktikant /-in	Name, Vorname	_____
Betrieb	Name, Ort	_____
	Telefon	_____
	Praktikumsdauer	vom _____ bis _____
	Zuständige Person	_____
	Praktikum im Beruf	_____

Abschliessender Kommentar der zuständigen Person für das Praktikum

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

Wir sind Ihnen dankbar, wenn Sie diesen Bericht am Ende des Praktikums mit der Praktikantin / dem Praktikanten besprechen (Ziel: Förderung des Jugendlichen in Bezug auf Berufswahlreife)

Wurde dieser Bericht
mit der Praktikantin / dem Praktikanten besprochen?

ja

nein

Sind mit der Praktikantin / dem Praktikanten Abmachungen
über eine zukünftige Ausbildung getroffen worden?

ja

nein

Datum Praktikumsbericht:

.....

**Unterschrift (zuständige Person
für das Praktikum)**

.....

	sehr gut	gut	genügend	ungenügend
1. Welches war Ihr erster Eindruck von der Praktikumperson? (äussere Erscheinung und Auftreten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wie erfasst und versteht sie/er die gestellten Aufgaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wie packt sie/er Aufgaben an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 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"/>
5. Wie gestaltet die Praktikantin / der Praktikant den Arbeitsplatz? (Ordnung und Sauberkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wie schätzen Sie ihre/seine Persönlichkeit ein?				
a. Höflichkeit / Umgangsformen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Kontaktfähigkeit / Offenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Umgang im 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"/>
7. Wie ist das Interesse für die erlebte Berufsarbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 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"/>