

Beurteilungsbogen für Schülerpraktikanten

Staatliches Gymnasium
„MELISSANTES“ Amstadt
Käferburger Straße 2

Schule: 99310 Amstadt
Tel.: 03628 600225 • Fax: 600226

Name, Vorname:

hat in der Zeit vom bis

bei uns ein Praktikum absolviert.

Fehltag: entschuldigt: unentschuldigt:

	wird positiv bewertet			lässt zu wünschen übrig	
	++	+	0	-	--
1. Pünktlichkeit/Zuverlässigkeit Hält sie/er ein, was sie/er zugesagt hat und vergisst keine Termine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Lösung übertragener Aufgaben Wie wurden die vermittelten bzw. erworbenen Kenntnisse angewendet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Interesse/Lern- und Leistungsbereitschaft Wie wird das Interesse und die Lernbereitschaft gegenüber betrieblichen Belangen bewertet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Geschicklichkeit Wurde geschickt und sicher mit Werkzeug, Maschinen und Material umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Auffassungsgabe Wie schnell und sicher wurden Unterweisungen und Sachzusammenhänge erfasst? Kann sie/er ihre/seine Zeit einteilen? Wie gut überlegt sie/er die einzelnen Schritte, bevor sie/er einen Auftrag erledigt? Hält sie/er ein, was sie/er zugesagt hat und vergisst sie/er keine Termine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Teamarbeit/Teamgeist Wurde durch ihr/sein Verhalten die Zusammenarbeit der Gruppe gefördert? Kann sie/er gut in der Gruppe arbeiten? Ist sie/er kontaktfreudig und lernt schnell neue Leute kennen? Hilft sie/er anderen gern? Kann sie/er es hinnehmen, wenn sie/er für Fehler kritisiert wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Arbeitsweise Legt sie/er Wert auf Ordnung? Kann sie/er rasch und zügig arbeiten? Arbeitet sie/er meistens selbstständig und benötigt sie/er kaum Hilfe? Kann sie/er länger konzentriert bei einer Sache bleiben? Arbeitet sie/er sorgfältig und genau? Kann sie/er Wichtiges von Unwichtigem unterscheiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

evtl. Bemerkungen:

Ort, Datum:

Unterschrift, Stempel

Kenntnis genommen:

.....
Datum

Sorgeberechtigte

.....
Datum

Klassenlehrer/in