



SACHSEN-ANHALT

Ministerium für Bildung

BERICHTSHEFT – LEICHTE SPRACHE  
**MODELLPROJEKT**  
**”DUALES LERNEN IN FORM VON  
PRAXISLERNTAGEN”**

Für Sekundarschulen, Gemeinschaftsschulen,  
Gesamtschulen und Förderschulen



# Berichts-Heft

Leichte Sprache



Name der Schule	
Name der Schülerin/ des Schülers	

## Inhaltsverzeichnis

1. Kontakt-Daten
2. Wichtige Regeln
3. Praxis-Lern-Orte
4. Praxis-Aufträge
5. Tätigkeits-Berichte
6. Auswertung

## 1. Kontakt-Daten



## Persönliche Daten

Vorname und Nachname		
Straße		
Post-Leitzahl und Wohn-Ort		
Name deiner/deines Personen-Sorge-Berechtigten		
	privat	dienstlich
Telefon-Nummer deiner/deines Personen-Sorge-Berechtigten		

## Daten der Schule

Name der Schule	
Straße	
Post-Leitzahl und Ort	
Telefon-Nummer	
verantwortliche Lehr-Kraft	

## 2. Wichtige Regeln



## Belehrung zu den Praxis-Lern-Tagen

### Grundsätze:



Praxis-Lern-Tage gehören zum **Unterricht**.



Deine **Praxis-Aufträge** bekommst du **von der Schule**. Die **Praxis-Aufträge** werden am **Praxis-Lern-Ort** bearbeitet.



Du **schreibst** in dein **Berichts-Heft**, was du am **Praxis-Lern-Ort** getan hast.



Die **Schule** **bewertet** deine **Praxis-Aufträge** und dein **Berichts-Heft**.



Deine **Praxis-Betreuerin** oder dein **Praxis-Betreuer** sagt dir:

- **wann** deine **Tätigkeit** am **Praxis-Lern-Ort** **beginnt**,
- **wann** deine **Tätigkeit** **beendet** ist,
- **wann** du **Pause** hast.

### allgemeine Regeln:



Für den **Praxis-Lern-Ort** gilt:

Halte dich an die **Betriebs-Ordnung**. Sie ist wie die **Schul-Ordnung**. Du wirst darüber **belehrt**, welche **Regeln** du einhalten musst.



An deinem **Praxis-Lern-Ort** gelten besondere **Regeln** zum **Schutz** deiner **Gesundheit** und zur **Vermeidung von Unfällen**. Diese **Regeln** musst du **unbedingt einhalten**. Du wirst darüber **belehrt**.



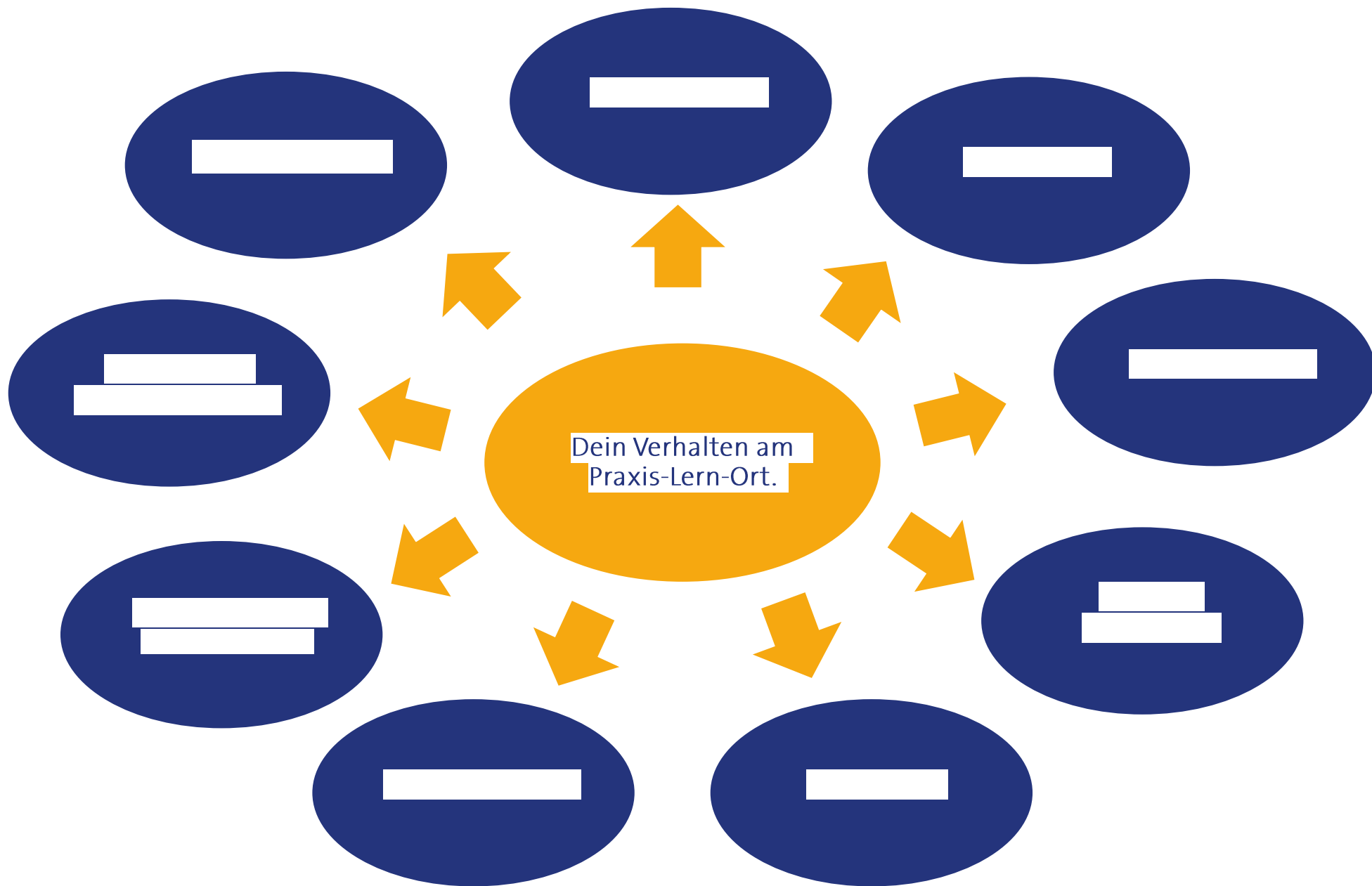
Bist du **krank** geworden? Dann müssen dich deine **Eltern** in der **Schule** und am **Praxis-Lern-Ort** **krankmelden**.



Deinen **Impf-Ausweis** oder das **Gesundheits-Zeugnis** musst du **vielleicht** vorzeigen. (**Praxis-Lern-Ort** **Kranken-Haus**, **Kinder-Garten**)



Halte dich an die **Regeln** zum **Verhalten** am **Praxis-Lern-Ort**.





### 3. Praxis-Lern-Orte



Schuljahr: \_\_\_\_\_ Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

Name des Praxis-Lern-Ortes (Name des Betriebes, Unternehmens, der sozialen oder anderen Einrichtung)	
Straße	
Post-Leitzahl und Ort	
Telefon-Nummer	
E-Mail	
verantwortliche Praxis-Betreuerin/ verantwortlicher Praxis-Betreuer	
Praxis-Betreuerin/Praxis-Betreuer in Vertretung	

**Fotografiere deinen Praxis-Lern-Ort (möglichst mit Logo). Frage vorher aber deine Praxis-Betreuerin oder deinen Praxis-Betreuer um Erlaubnis. Klebe das Foto ein.**

Format  
10 x 15

## Gedanken zum Praxis-Lern-Ort vor den Praxis-Lern-Tagen

- a) Warum hast du dich für diesen Praxis-Lern-Ort entschieden?  
Nenne mindestens 3 Gründe.

1)
2)
3)
4)
5)

- b) Welche Vorteile siehst du für dich durch das Lernen am Praxis-Lern-Ort?  
Schreibe mindestens 3 Vorteile auf.

1)
2)
3)
4)
5)

- c) Welche Unterrichtsfächer verbindest du mit deinem Praxis-Lern-Ort?  
Notiere mindestens 3 Unterrichtsfächer, die du erkennen kannst.

1)
2)
3)
4)
5)



## Gedanken zum Praxis-Lern-Ort nach den Praxis-Lern-Tagen

- a) Nenne mindestens 3 Lern-Inhalte aus der Schule, die dir am Praxis-Lern-Ort geholfen haben.

1)
2)
3)
4)
5)

- b) In welchen Situationen hast du erkannt, dass du in der Schule für deine berufliche Zukunft lernst?  
Nenne mindestens 3 Situationen.

1)
2)
3)
4)
5)

- c) Notiere die Unterrichts-Fächer, die du an deinem Praxis-Lern-Ort erkennen konntest.

--

Schuljahr: \_\_\_\_\_ Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

Name des Praxis-Lern-Ortes (Name des Betriebes, Unternehmens, der sozialen oder anderen Einrichtung)	
Straße	
Post-Leitzahl und Ort	
Telefon-Nummer	
E-Mail	
verantwortliche Praxis-Betreuerin/ verantwortlicher Praxis-Betreuer	
Praxis-Betreuerin/Praxis-Betreuer in Vertretung	

**Fotografiere deinen Praxis-Lern-Ort (möglichst mit Logo). Frage vorher aber deine Praxis-Betreuerin oder deinen Praxis-Betreuer um Erlaubnis. Klebe das Foto ein.**

Format  
10 x 15

## Gedanken zum Praxis-Lern-Ort vor den Praxis-Lern-Tagen

- a) Warum hast du dich für diesen Praxis-Lern-Ort entschieden?  
Nenne mindestens 3 Gründe.

1)
2)
3)
4)
5)

- b) Welche Vorteile siehst du für dich durch das Lernen am Praxis-Lern-Ort?  
Schreibe mindestens 3 Vorteile auf.

1)
2)
3)
4)
5)

- c) Welche Unterrichtsfächer verbindest du mit deinem Praxis-Lern-Ort?  
Notiere mindestens 3 Unterrichtsfächer, die du erkennen kannst.

1)
2)
3)
4)
5)





## Gedanken zum Praxis-Lern-Ort nach den Praxis-Lern-Tagen

- a) Nenne mindestens 3 Lern-Inhalte aus der Schule, die dir am Praxis-Lern-Ort geholfen haben.

1)
2)
3)
4)
5)

- b) In welchen Situationen hast du erkannt, dass du in der Schule für deine berufliche Zukunft lernst?  
Nenne mindestens 3 Situationen.

1)
2)
3)
4)
5)

- c) Notiere die Unterrichts-Fächer, die du an deinem Praxis-Lern-Ort erkennen konntest.

--

Schuljahr: \_\_\_\_\_ Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

Name des Praxis-Lern-Ortes (Name des Betriebes, Unternehmens, der sozialen oder anderen Einrichtung)	
Straße	
Post-Leitzahl und Ort	
Telefon-Nummer	
E-Mail	
verantwortliche Praxis-Betreuerin/ verantwortlicher Praxis-Betreuer	
Praxis-Betreuerin/Praxis-Betreuer in Vertretung	

**Fotografiere deinen Praxis-Lern-Ort (möglichst mit Logo). Frage vorher aber deine Praxis-Betreuerin oder deinen Praxis-Betreuer um Erlaubnis. Klebe das Foto ein.**

Format  
10 x 15

## Gedanken zum Praxis-Lern-Ort vor den Praxis-Lern-Tagen

- a) Warum hast du dich für diesen Praxis-Lern-Ort entschieden?  
Nenne mindestens 3 Gründe.

1)
2)
3)
4)
5)

- b) Welche Vorteile siehst du für dich durch das Lernen am Praxis-Lern-Ort?  
Schreibe mindestens 3 Vorteile auf.

1)
2)
3)
4)
5)

- c) Welche Unterrichtsfächer verbindest du mit deinem Praxis-Lern-Ort?  
Notiere mindestens 3 Unterrichtsfächer, die du erkennen kannst.

1)
2)
3)
4)
5)

## Nachweis über die Anwesenheit

Datum	Unterschrift der Praxis-Betreuerin/des Praxis-Betreuers



## Gedanken zum Praxis-Lern-Ort nach den Praxis-Lern-Tagen

- a) Nenne mindestens 3 Lern-Inhalte aus der Schule, die dir am Praxis-Lern-Ort geholfen haben.

1)
2)
3)
4)
5)

- b) In welchen Situationen hast du erkannt, dass du in der Schule für deine berufliche Zukunft lernst?  
Nenne mindestens 3 Situationen.

1)
2)
3)
4)
5)

- c) Notiere die Unterrichts-Fächer, die du an deinem Praxis-Lern-Ort erkennen konntest.

--

Schuljahr: \_\_\_\_\_ Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

Name des Praxis-Lern-Ortes (Name des Betriebes, Unternehmens, der sozialen oder anderen Einrichtung)	
Straße	
Post-Leitzahl und Ort	
Telefon-Nummer	
E-Mail	
verantwortliche Praxis-Betreuerin/ verantwortlicher Praxis-Betreuer	
Praxis-Betreuerin/Praxis-Betreuer in Vertretung	

**Fotografiere deinen Praxis-Lern-Ort (möglichst mit Logo). Frage vorher aber deine Praxis-Betreuerin oder deinen Praxis-Betreuer um Erlaubnis. Klebe das Foto ein.**

Format  
10 x 15



## Gedanken zum Praxis-Lern-Ort vor den Praxis-Lern-Tagen

- a) Warum hast du dich für diesen Praxis-Lern-Ort entschieden?  
Nenne mindestens 3 Gründe.

1)
2)
3)
4)
5)

- b) Welche Vorteile siehst du für dich durch das Lernen am Praxis-Lern-Ort?  
Schreibe mindestens 3 Vorteile auf.

1)
2)
3)
4)
5)

- c) Welche Unterrichtsfächer verbindest du mit deinem Praxis-Lern-Ort?  
Notiere mindestens 3 Unterrichtsfächer, die du erkennen kannst.

1)
2)
3)
4)
5)

## Nachweis über die Anwesenheit

Datum	Unterschrift der Praxis-Betreuerin/des Praxis-Betreuers





## Gedanken zum Praxis-Lern-Ort nach den Praxis-Lern-Tagen

- a) Nenne mindestens 3 Lern-Inhalte aus der Schule, die dir am Praxis-Lern-Ort geholfen haben.

1)
2)
3)
4)
5)

- b) In welchen Situationen hast du erkannt, dass du in der Schule für deine berufliche Zukunft lernst?  
Nenne mindestens 3 Situationen.

1)
2)
3)
4)
5)

- c) Notiere die Unterrichts-Fächer, die du an deinem Praxis-Lern-Ort erkennen konntest.

--



## 4. Praxis-Aufträge

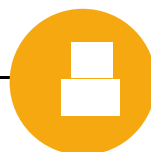


## 5. Tätigkeits-Berichte

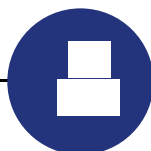


Schuljahr: \_\_\_\_\_ Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

Schreibe auf, was du an deinem Praxis-Lern-Tag gemacht hast.



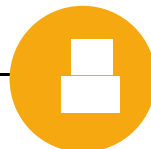
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	



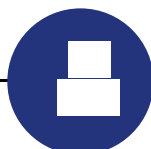
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	

Schuljahr: \_\_\_\_\_ Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

Schreibe auf, was du an deinem Praxis-Lern-Tag gemacht hast.



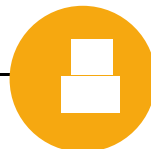
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	



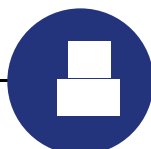
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	

Schuljahr: \_\_\_\_\_ Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

Schreibe auf, was du an deinem Praxis-Lern-Tag gemacht hast.



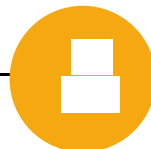
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	



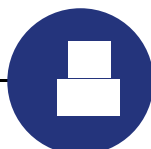
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	

Schuljahr: \_\_\_\_\_ Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

Schreibe auf, was du an deinem Praxis-Lern-Tag gemacht hast.



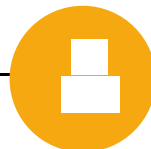
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	



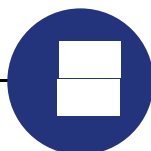
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	

Schuljahr: \_\_\_\_\_ Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

Schreibe auf, was du an deinem Praxis-Lern-Tag gemacht hast.



<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	

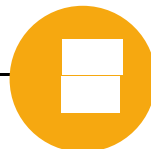


<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	

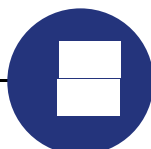


Schuljahr: \_\_\_\_\_ Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

Schreibe auf, was du an deinem Praxis-Lern-Tag gemacht hast.



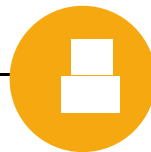
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	



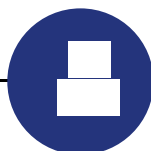
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	

Schuljahr: \_\_\_\_\_ Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

Schreibe auf, was du an deinem Praxis-Lern-Tag gemacht hast.



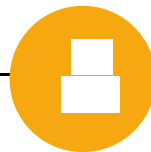
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	



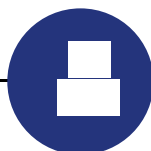
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	

Schuljahr: \_\_\_\_\_ Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

Schreibe auf, was du an deinem Praxis-Lern-Tag gemacht hast.



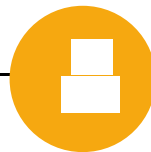
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	



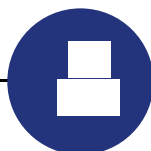
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	

Schuljahr: \_\_\_\_\_ Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

Schreibe auf, was du an deinem Praxis-Lern-Tag gemacht hast.



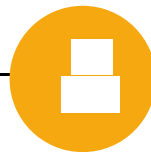
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	



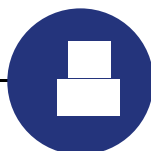
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	

Schuljahr: \_\_\_\_\_ Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

Schreibe auf, was du an deinem Praxis-Lern-Tag gemacht hast.



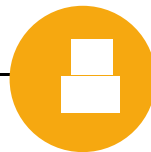
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	



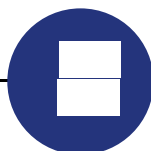
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	

Schuljahr: \_\_\_\_\_ Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

Schreibe auf, was du an deinem Praxis-Lern-Tag gemacht hast.



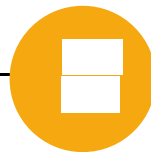
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	



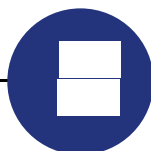
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	

Schuljahr: \_\_\_\_\_ Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

Schreibe auf, was du an deinem Praxis-Lern-Tag gemacht hast.



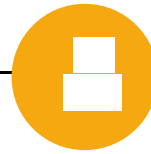
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	



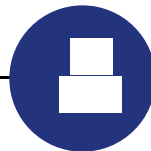
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	

Schuljahr: \_\_\_\_\_ Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

Schreibe auf, was du an deinem Praxis-Lern-Tag gemacht hast.



<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	

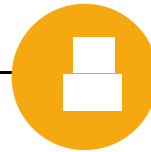


<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	

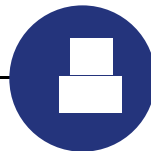


Schuljahr: \_\_\_\_\_ Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

Schreibe auf, was du an deinem Praxis-Lern-Tag gemacht hast.



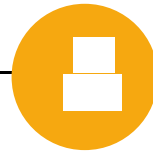
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	



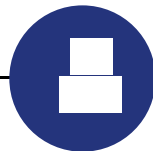
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	

Schuljahr: \_\_\_\_\_ Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

Schreibe auf, was du an deinem Praxis-Lern-Tag gemacht hast.



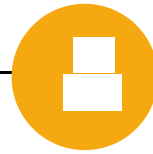
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	



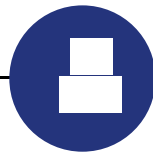
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	

Schuljahr: \_\_\_\_\_ Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

Schreibe auf, was du an deinem Praxis-Lern-Tag gemacht hast.



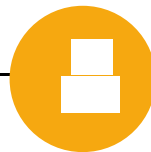
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	



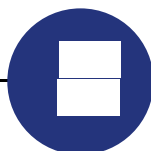
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	

Schuljahr: \_\_\_\_\_ Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

Schreibe auf, was du an deinem Praxis-Lern-Tag gemacht hast.



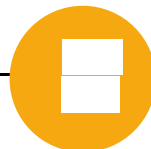
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	



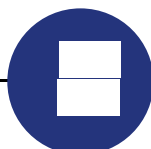
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	

Schuljahr: \_\_\_\_\_ Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

Schreibe auf, was du an deinem Praxis-Lern-Tag gemacht hast.



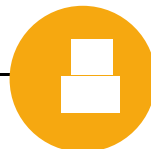
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	



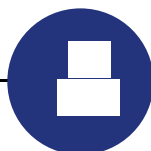
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	

Schuljahr: \_\_\_\_\_ Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

Schreibe auf, was du an deinem Praxis-Lern-Tag gemacht hast.



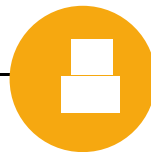
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	



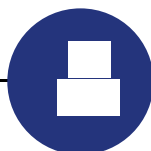
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	

Schuljahr: \_\_\_\_\_ Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

Schreibe auf, was du an deinem Praxis-Lern-Tag gemacht hast.



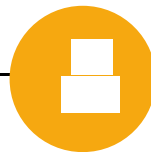
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	



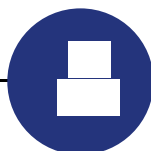
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	

Schuljahr: \_\_\_\_\_ Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

Schreibe auf, was du an deinem Praxis-Lern-Tag gemacht hast.



<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	

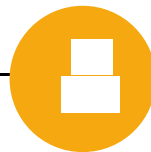


<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	

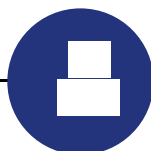


Schuljahr: \_\_\_\_\_ Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

Schreibe auf, was du an deinem Praxis-Lern-Tag gemacht hast.



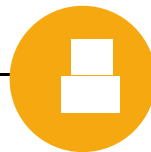
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	



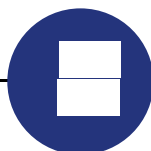
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	

Schuljahr: \_\_\_\_\_ Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

Schreibe auf, was du an deinem Praxis-Lern-Tag gemacht hast.



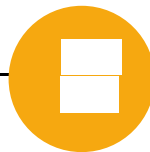
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	



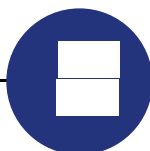
<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	

Schuljahr: \_\_\_\_\_ Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

Schreibe auf, was du an deinem Praxis-Lern-Tag gemacht hast.



<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	



<b>Datum:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>für die Richtigkeit</b>	Datum und Unterschrift Schüler/in _____	
<b>zur Kenntnis</b>	Datum und Unterschrift Praxis-Betreuer/in _____	
	Datum und Unterschrift Personen-Sorge-Berechtigte _____	

## 6. Auswertung



# Wie ich mich sehe

Schuljahr: \_\_\_\_\_ Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

## Persönliche Fähigkeiten

Schätze dich selbst ein. Kreuze Zutreffendes an.

	👎	👎	👉	👍	👍		👎	👎	👉	👍	👍
Ausdauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundlichkeit/ Höflichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sorgfalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsbereitschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Team-Fähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kritik-Fähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lern- Bereitschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pünktlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstständigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das gelingt mir besonders gut:

---

---

---

---

---

---

---

---

Daran kann ich noch arbeiten:

---

---

---

---

---

---

---

---

# Beurteilung vom Praxis-Lern-Ort

Schuljahr: \_\_\_\_\_ Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

## Persönliche Fähigkeiten

Bitte schätzen Sie die Schülerin/den Schüler ein, indem Sie Zutreffendes ankreuzen.

	??	?	☞	☺	☺☺		??	?	☞	☺	☺☺
Ausdauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lern-Bereitschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigeninitiative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pünktlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Team-Fähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selbstständigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kritik-Fähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsbereitschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sorgfalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikations-Fähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einfühlungs-Vermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundlichkeit/Höflichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verständnis gegenüber Anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Fachliche Fähigkeiten und Fertigkeiten

Bitte schätzen Sie die fachlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Schülerin/des Schülers ein. Kreuzen Sie Zutreffendes an und ergänzen Sie weitere fachliche Fähigkeiten und Fertigkeiten.

	??	?	☞	☺	☺☺	Weitere:	??	?	☞	☺	☺☺
Problem-Lösungs-Strategien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
technische Kenntnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anwendung mathematischer Grundlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das gelingt dir besonders gut:

---

Daran solltest du noch arbeiten:

---



---

Stempel des Praxis-Lern-Ortes mit Datum und Unterschrift

# Wie ich mich sehe

Schuljahr: \_\_\_\_\_ Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

## Persönliche Fähigkeiten

Schätze dich selbst ein. Kreuze Zutreffendes an.

	👎	👎	👉	👍	👍		👎	👎	👉	👍	👍
Ausdauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundlichkeit/ Höflichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sorgfalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsbereitschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Team-Fähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kritik-Fähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lern- Bereitschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pünktlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstständigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das gelingt mir besonders gut:

---

---

---

---

---

---

---

---

Daran kann ich noch arbeiten:

---

---

---

---

---

---

---

---

# Beurteilung vom Praxis-Lern-Ort

Schuljahr: \_\_\_\_\_ Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

## Persönliche Fähigkeiten

Bitte schätzen Sie die Schülerin/den Schüler ein, indem Sie Zutreffendes ankreuzen.

	??	?	☞	☺	☺☺		??	?	☞	☺	☺☺
Ausdauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lern-Bereitschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigeninitiative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pünktlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Team-Fähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selbstständigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kritik-Fähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsbereitschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sorgfalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikations-Fähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einfühlungs-Vermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundlichkeit/Höflichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verständnis gegenüber Anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Fachliche Fähigkeiten und Fertigkeiten

Bitte schätzen Sie die fachlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Schülerin/des Schülers ein. Kreuzen Sie Zutreffendes an und ergänzen Sie weitere fachliche Fähigkeiten und Fertigkeiten.

	??	?	☞	☺	☺☺	Weitere:	??	?	☞	☺	☺☺
Problem-Lösungs-Strategien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
technische Kenntnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anwendung mathematischer Grundlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das gelingt dir besonders gut:

---

Daran solltest du noch arbeiten:

---



---

Stempel des Praxis-Lern-Ortes mit Datum und Unterschrift



# Wie ich mich sehe

Schuljahr: \_\_\_\_\_

Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

## Persönliche Fähigkeiten

Schätze dich selbst ein. Kreuze Zutreffendes an.

	👎	👎	👉	👍	👍		👎	👎	👉	👍	👍
Ausdauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundlichkeit/ Höflichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sorgfalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsbereitschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Team-Fähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kritik-Fähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lern- Bereitschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pünktlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstständigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das gelingt mir besonders gut:

---

---

---

---

---

---

---

Daran kann ich noch arbeiten:

---

---

---

---

---

---

---

# Beurteilung vom Praxis-Lern-Ort

Schuljahr: \_\_\_\_\_ Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

## Persönliche Fähigkeiten

Bitte schätzen Sie die Schülerin/den Schüler ein, indem Sie Zutreffendes ankreuzen.

	??	?	☞	☺	☺☺		??	?	☞	☺	☺☺
Ausdauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lern-Bereitschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigeninitiative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pünktlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Team-Fähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selbstständigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kritik-Fähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsbereitschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sorgfalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikations-Fähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einfühlungs-Vermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundlichkeit/Höflichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verständnis gegenüber Anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Fachliche Fähigkeiten und Fertigkeiten

Bitte schätzen Sie die fachlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Schülerin/des Schülers ein. Kreuzen Sie Zutreffendes an und ergänzen Sie weitere fachliche Fähigkeiten und Fertigkeiten.

	??	?	☞	☺	☺☺	Weitere:	??	?	☞	☺	☺☺
Problem-Lösungs-Strategien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
technische Kenntnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anwendung mathematischer Grundlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das gelingt dir besonders gut:

---

Daran solltest du noch arbeiten:

---



---

Stempel des Praxis-Lern-Ortes mit Datum und Unterschrift

# Wie ich mich sehe

Schuljahr: \_\_\_\_\_

Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

## Persönliche Fähigkeiten

Schätze dich selbst ein. Kreuze Zutreffendes an.

	👎	👎	👉	👍	👍		👎	👎	👉	👍	👍
Ausdauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundlichkeit/ Höflichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sorgfalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsbereitschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Team-Fähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kritik-Fähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lern- Bereitschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pünktlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstständigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das gelingt mir besonders gut:

---

---

---

---

---

---

---

---

Daran kann ich noch arbeiten:

---

---

---

---

---

---

---

---



# Beurteilung vom Praxis-Lern-Ort

Schuljahr: \_\_\_\_\_ Schulhalbjahr: \_\_\_\_\_

## Persönliche Fähigkeiten

Bitte schätzen Sie die Schülerin/den Schüler ein, indem Sie Zutreffendes ankreuzen.

	??	?	☞	☺	☺☺		??	?	☞	☺	☺☺
Ausdauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lern-Bereitschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigeninitiative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pünktlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Team-Fähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selbstständigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kritik-Fähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsbereitschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sorgfalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikations-Fähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einfühlungs-Vermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundlichkeit/Höflichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verständnis gegenüber Anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Fachliche Fähigkeiten und Fertigkeiten

Bitte schätzen Sie die fachlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Schülerin/des Schülers ein. Kreuzen Sie Zutreffendes an und ergänzen Sie weitere fachliche Fähigkeiten und Fertigkeiten.

	??	?	☞	☺	☺☺	Weitere:	??	?	☞	☺	☺☺
Problem-Lösungs-Strategien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
technische Kenntnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anwendung mathematischer Grundlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das gelingt dir besonders gut:

---

Daran solltest du noch arbeiten:

---



---

Stempel des Praxis-Lern-Ortes mit Datum und Unterschrift

## IMPRESSUM

### Herausgeber:

Ministerium für Bildung des Landes Sachsen-Anhalt  
Turmschanzenstraße 32  
39114 Magdeburg  
[www.mb.sachsen-anhalt.de](http://www.mb.sachsen-anhalt.de)

### Druck:

Halberstädter Druckhaus GmbH  
Osttangente 4  
38820 Halberstadt  
[www.hbs-druckhaus.de](http://www.hbs-druckhaus.de)

### Stand:

Juni 2020

### Bildnachweis:

Ministerium für Bildung des Landes Sachsen-Anhalt (Logo) / Adrian Köring (Titelbild).

### An der Erarbeitung des Berichtheftes haben mitgewirkt:

#### Projektteam des Modellprojektes „Duales Lernen in Form von Praxislerntagen“

Franziska Labitzke	Pädagogische Arbeitsstelle „Praxislerntage“ (LISA)
Mathias Kanigowski	Pädagogische Arbeitsstelle „Praxislerntage“ (LISA)

#### Modellprojektbegleitung:

Patricia Müller	Ministerium für Bildung des Landes Sachsen-Anhalt, Referat 24
-----------------	---

#### Inhaltlich unterstützt durch:

Susann Arndt Referat 23	Landesinstitut für Schulqualität und Lehrerbildung (LISA) Ministerium für Bildung des Landes Sachsen-Anhalt
----------------------------	--