

Praktikumsbestätigung

Der Schüler/die Schülerin geb. am

von der hat im Zeit-
raum von bis ^{Schule} ein Vollzeitpraktikum in unserem Betrieb als
..... absolviert.

**Anschrift
oder Firmenstempel**

.....

.....

Ansprechpartner

Er / Sie zeigte in diesem Zeitraum folgendes Verhalten: (bitte ankreuzen)

Kriterien	trifft zu	trifft <u>überwiegend</u> zu	trifft <u>weniger</u> zu	trifft <u>kaum</u> zu
Pünktlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuverlässigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Höflichkeit/Freundlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einsatzbereitschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flexibilität	<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"/>
Teamfähigkeit/Hilfsbereitschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorgfalt/Gewissenhaftigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausdauer/Durchhaltevermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentration/Auffassungsgabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsbezogenes Interesse vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsergebnisse entsprechen qualitativ und quantitativ den Erwartungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen zur berufsbezogenen Eignung (z. B. Stärken):

.....

.....

.....

Empfehlung für einen Ausbildungsberuf:

.....

.....

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift