
Praktikumsvertrag im Beruflichen Gymnasium

Zwischen dem/der Betrieb/Unternehmen/Einrichtung

und dem BSZ Leipziger Land, Röthaer Strasse 44, 04564 Böhlen

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	PLZ und Wohnort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Praktikum vom	<input type="text"/>
		Praktikum bis	<input type="text"/>

Die Schüler sind für die Zeit des Praktikums durch die Schule unfall- und haftpflichtversichert.

_____	_____	_____
Datum	Schulstempel	Unterschrift/Schule

Praktikumsbetrieb	<input type="text"/>
Einsatzbereich im Betrieb	<input type="text"/>
Ansprechpartner im Betrieb	<input type="text"/>

Hiermit wird bestätigt, dass der/die Schüler/in für den o. g. Zeitraum ein Praktikum in unserem Betrieb durchführen kann.

_____	_____	_____
Datum	Stempel des Betriebes	Unterschrift des Betriebes

Einschätzung des Praktikums für Schüler des Beruflichen Gymnasiums

Name		Vorname	
Klasse		Praktikum vom	
		Praktikum bis	
Betrieb/Unternehmen/Einrichtung (Stempel)		Einsatzbereich im Betrieb	

--	--

Bewertungs- kriterien	übertrifft die Anforderungen deutlich	wird den Anforderungen im besonderen Maße gerecht	entspricht den Anforderungen	erfüllt mit Ein- schränkungen die Anforderungen	wird den Anforderungen nicht gerecht
Arbeitsqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anwendung von Fachwissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einsatzbereit- schaft	<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"/>
Auftreten/Kommu- nikationsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammenarbeit/ Teamfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Ordnung/Pünkt- lichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen

Datum, Unterschrift Praktikumsbeauftragte(r)