**Evangelisches Berufskolleg**

**der Bergischen Diakonie Aprath
Straßburger Str. 39
42107 Wuppertal**

**Telefon: +49 202 87066-0**

**Telefax: +49 202 87066-29**

**Beurteilungsbogen des Praktikums zum Erwerb der Fachhochschulreife**

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Name des / der Praktikanten/in:) ..........................................................................................

Anschrift der Praxisstelle: ..........................................................................................

 ..........................................................................................

 ..........................................................................................

Beurteilungszeitraum: vom ................................. bis ........................................

Fehltage / davon unentschuldigt: ..........................................................................................

Beschreibung des Aufgabenbereiches:

Ein erfolgreiches Absolvieren des

versetzungsrelevanten Praktikums

kann bescheinigt werden: ja nein (Nichtzutreffendes bitte streichen)

 Falls nein, kurze Begründung:

Bitte beurteilen Sie folgende Punkte

**1. Arbeitsverhalten** (Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit, Organisationsfähigkeit, Engagement, Verantwortungsbereitschaft, Selbstständigkeit, etc.)

**2. Sozialverhalten** (Annahme von Kritik u. Veränderungsbereitschaft, Geduld, Empathie, Offenheit, Teamfähigkeit, Umgang mit Konflikten, Kommunikationsfähigkeit, angemessener Umgang mit Klienten, Vermittlung von Akzeptanz u. Wertschätzung, etc.)

**3. Fazit Gesamteindruck:** (in welchen Bereichen liegen besondere Stärken? In welchen Bereichen sollte die Praktikantin / der Praktikant sich weiterentwickeln?)

Berufliche Eignung: ………………………………………………………………………………………………………………..…

…………………………………………………………………………………………………………………..

Kenntnisnahme des /der Praktikanten / in : ………...……………………….........................................

 Unterschrift

..........................................................................................................................................................

Datum Unterschrift der Einrichtung Stempel