

WOCHENBERICHT BERUFSPRAKTISCHE TAGE

A. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Name: _____

Schnupperberuf: _____

Betrieb: _____

B. ARBEITSALLTAG

1. Mit welchen Materialien wird in diesem Beruf hauptsächlich gearbeitet?

2. Welche Interessen, Fähigkeiten und Fertigkeiten erfordert der Beruf?

3. Was hat dir in dieser Woche/diesem Beruf besonders gut gefallen? Was war positiv?

4. Was hat dir in dieser Woche/diesem Beruf weniger gut gefallen? Was war negativ?

C. SELBSTEINSCHÄTZUNG

Wie beurteilst du deine Eignung für diesen Beruf?	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> weniger gut	
Wie hat dir die berufspraktische Woche gefallen?	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> weniger gut	<input type="checkbox"/> überhaupt nicht
Bist du gelobt worden?	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Konntest du selbst Tätigkeiten ausführen?	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Waren die Arbeitstage anstrengend für dich?	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Wie beurteilst du den Umgang mit den „Vorgesetzten“ und den „Mitarbeitern“?		<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> weniger gut
Hast du dich gut betreut gefühlt?		<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> weniger gut
Hast du die berufspraktische Woche positiv oder negativ erlebt?			<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ
Möchtest du in diesem Beruf ausgebildet werden?			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kannst du diesen Betrieb weiterempfehlen?			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

D. TÄTIGKEITSBERICHT

	Tag	Arbeitszeit	Tätigkeiten
	Montag	Beginn: Ende:	
	Dienstag	Beginn: Ende:	
	Mittwoch	Beginn: Ende:	
	Donnerstag	Beginn: Ende:	
	Freitag	Beginn: Ende:	
	Samstag	Beginn: Ende:	

.....
Datum

.....
Unterschrift