



Tourismus & Gesundheit-Soziales

Dienstleistungen & Handel-Büro

Bau & Holz

Metall & Elektro

## WOCHENBERICHT – BERUFSPRAKTISCHE TAGE

### A INFORMATIONEN – SCHÜLER/IN

Name: \_\_\_\_\_ Wunschberuf: \_\_\_\_\_

Berufspr. Tage von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Schnupperberuf: \_\_\_\_\_

### B ANGABEN ZUM BETRIEB

1. Betrieb (Name, Ort): \_\_\_\_\_
2. Berufe im Betrieb: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Welche Lehrberufe werden im Betrieb ausgebildet?  
\_\_\_\_\_
4. Anzahl der Mitarbeiter: \_\_\_\_\_ davon Lehrlinge: \_\_\_\_\_
5. Welche freien Lehrstellen gibt es in diesem Betrieb? (am Ende des Schuljahres)  
\_\_\_\_\_

### C ARBEITSALLTAG

1. Mit welchen Materialien wird in diesem Beruf hauptsächlich gearbeitet?  
\_\_\_\_\_
2. Welche Interessen, Fähigkeiten und Fertigkeiten erfordert der Beruf?  
\_\_\_\_\_
3. Welche Sicherheitsvorkehrungen erfordert der Beruf?  
\_\_\_\_\_
4. Wie wurdest du in die verschiedenen Aufgabenbereiche eingebunden?  
\_\_\_\_\_

### D 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	
Besteht für DICH die Möglichkeit, in dieser Firma eine Lehrstelle anzutreten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> vielleicht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein, weil ich schon eine LS habe.

**E TÄTIGKEITSBERICHT**

	Tag	Arbeitszeit	Tätigkeiten (inkl. Dauer)
	<b>Montag</b>	Beginn: ..... Ende: .....	
	<b>Dienstag</b>	Beginn: ..... Ende: .....	
	<b>Mittwoch</b>	Beginn: ..... Ende: .....	
	<b>Donnerstag</b>	Beginn: ..... Ende: .....	
	<b>Freitag</b>	Beginn: ..... Ende: .....	
	<b>Samstag</b>	Beginn: ..... Ende: .....	

.....  
Datum

.....  
Unterschrift