|  |  |
| --- | --- |
| **Kaufmännische Schulen Marburg**  **Leopold-Lucas-Straße 20, 35037 Marburg**  **Internet: www.ksm-mr.de; E-Mail: ksm@marburg-schulen.de**  **Tel. 06421 201-1710; Fax 06421 201-1427** |  |

**Betriebliche Bescheinigung für die Fachoberschule**

über die Ableistung des fachpraktischen Teils der Ausbildung

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name Praktikant /-in: |  | | | | Klasse: | | 11FO |
|  | | | | | | | |
| Praktikumszeitraum: vom | |  | bis |  | |

Der / Die o. g. Praktikant / Praktikantin hat im angegebenen Zeitraum das gelenkte betriebliche Praktikum absolviert.

Folgende fachliche Qualifikationen wurden im Praktikum vermittelt:

|  |
| --- |
|  |

Der / Die Praktikant / Praktikantin wird hinsichtlich

|  |  |
| --- | --- |
| * Leistungsbereitschaft * Fähigkeit zu selbstständigem Arbeiten und kreativem Problemlösungsverhalten | * Kooperations- und Teamfähigkeit * Verantwortungsbewusstsein und Verantwortungsbereitschaft |

wie folgt beurteilt:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fehltage im Praktikum:**  insgesamt:  davon krankheitsbedingt:  davon unentschuldigt:  bei tägl. Arbeitszeit von:       Std. |  | **Gesamtbeurteilung:**  1 = weit über dem Durchschnitt  2 = über dem Durchschnitt  3 = Durchschnitt  4 = unter dem Durchschnitt  5 = weit unter dem Durchschnitt | |
| **Bewertung des Praktikums insgesamt:  erfolgreich  nicht erfolgreich** | | | |
| **Schuljahr 20/21: Aussetzung des Praktikums am:**  **Wiederaufnahme Praktikum am:** | | |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Stempel / Name und Anschrift des Betriebes |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ort, Datum, Unterschrift des Praktikumsbetreuers / der Praktikumsbetreuerin | | |