

Bescheinigung und Zertifikat

Name der Schülerin / des Schülers _____

hat in unserem Betrieb unserem Verein _____

_____ absolviert.

Betrieb/Praxisstelle:

Adresse: _____

Stempel

Zeitraum: _____

Fehlzeiten: ____ Tage, entschuldigt ____ unentschuldigt ____ verspätet ____

Tätigkeiten: _____

Erworbene Kenntnisse: _____

Anforderungen	Die Anforderungen wurden fast immer übertroffen , besondere Anerkennung	Die Anforderungen wurden häufig übertroffen , überdurchschnittlich	Die Anforderungen wurden erfüllt , guter Durchschnitt	Die Anforderungen wurden in der Regel (fast immer) erfüllt.	Die Anforderungen wurden häufig nicht erfüllt.	Die Anforderungen wurden in keiner Weise erfüllt.
Interesse an der Arbeit	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Sorgfalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstehen/Umsetzen von Aufgaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausdauer/Zielstrebigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teamfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kritikfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Höflichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pünktlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum, Unterschrift: _____