

# Beurteilung der fachpraktischen Ausbildung für Fachoberschülerinnen/ Fachoberschüler



## PRAKTIKUMSBETRIEB

Firma

Name Praktikumsbetreuer/-in

Straße/Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon

E-Mail

## PRAKTIKANT/-IN

Nachname/Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße/Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Telefon

E-Mail

**Zeitraum des Praktikums** von bis

## Beurteilung des Ausbildungserfolgs

### 1. Leistungsbereitschaft



[www.behaimschule.de](http://www.behaimschule.de)

Martin-Behaim-Schule  
Alsfelder Straße 23  
64289 Darmstadt

Tel. 06151 134110  
Fax 06151 134100  
[martin-behaim-schule@darmstadt.de](mailto:martin-behaim-schule@darmstadt.de)

