

Gutachten

“CORONA-ISP“

Integriertes Semesterpraktikum (ISP)

Name, Vorname	Matrikel-Nr.	Primarstufe <input type="checkbox"/> Sekundarstufe I <input type="checkbox"/> Europaprofil ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
---------------	--------------	---

Zeitraum ISP: SoSe2021

Name der Schule (Schulstempel)	Ausbildungsberater/in
--------------------------------	-----------------------

Allgemeine schulische Tätigkeiten

Hospitation (Blockphase): ja nein
 Schulpraktische Ersatzleistungen : ja nein
 wenn ja, in welchem Umfang _____Tage/Stunden
 und welcher Art (bitte grob aufzählen)? _____

Erstellen eines ausführlichen Unterrichtsentwurfs: ja nein

Notfallbetreuung ja nein
 wenn ja, in welchem Umfang _____Tage/Stunden

Dokumentation von Planungen ja nein
 SELF-Assessment (in Absprache mit der Schulpraxis durchgeführt): ja nein

Es wird empfohlen diesen Teilbereich des Praktikums

- mit Erfolg ohne Erfolg (bitte Termine der Beratungsgespräche, Defizite und Gelingensvereinbarungen angeben) **zu testieren**

Ort, Datum

Unterschrift Ausbildungsberater/in