caritas Regensburg

Fachakademie
für Sozialpädagogik
Regensburg

Beurteilung OptiPrax (1. und 2. Jahr)

☐ **Zwischenbeurteilung** ☐ **Endbeurteilung**

☐ **1. Ausbildungsjahr** ☐ **2. Ausbildungsjahr**

Nur zur Vorlage an der Caritas Fachakademie für Sozialpädagogik Regensburg bestimmt!

Auszubildende/-r

Nachname _____ Vorname(n) _____

Anschrift/Straße _____ Haus-Nr. ☐☐☐ PLZ ☐☐☐☐☐ Ort _____

Geburtsdatum ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Geburtsort _____

Praktischer Teil der Ausbildung

Ist seit ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ als Studierende/-r in Ausbildung im Rahmen von OptiPrax bei uns tätig.

Fehlzeiten insgesamt ☐☐☐ Tage

Praxiseinrichtung

Einrichtung _____

Anschrift/Straße _____ Haus-Nr. ☐☐☐ PLZ ☐☐☐☐☐ Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Praxisanleitung

Nachname _____ Vorname(n) _____

Telefon _____ E-Mail _____

Praxislehrkraft

Nachname _____ Vorname(n) _____

Telefon _____ E-Mail _____

caritas Regensburg

Fachakademie
für Sozialpädagogik
Regensburg

Beurteilung OptiPrax (1. und 2. Jahr)

☐ **Zwischenbeurteilung** ☐ **Endbeurteilung**

☐ **1. Ausbildungsjahr** ☐ **2. Ausbildungsjahr**

Nur zur Vorlage an der Caritas Fachakademie für Sozialpädagogik Regensburg bestimmt!

Persönlicher Einsatz und Berufsinteresse

Arbeitsweise

caritas Regensburg

Fachakademie
für Sozialpädagogik
Regensburg

Beurteilung OptiPrax (1. und 2. Jahr)

☐ **Zwischenbeurteilung** ☐ **Endbeurteilung**

☐ **1. Ausbildungsjahr** ☐ **2. Ausbildungsjahr**

Nur zur Vorlage an der Caritas Fachakademie für Sozialpädagogik Regensburg bestimmt!

Erzieherische Fähigkeiten

Besondere Fähigkeiten

caritas Regensburg

Fachakademie
für Sozialpädagogik
Regensburg

Beurteilung OptiPrax (1. und 2. Jahr)

☐ **Zwischenbeurteilung** ☐ **Endbeurteilung**

☐ **1. Ausbildungsjahr** ☐ **2. Ausbildungsjahr**

Nur zur Vorlage an der Caritas Fachakademie für Sozialpädagogik Regensburg bestimmt!

Die praktische Ausbildung wurde bisher (bitte ankreuzen)

☐ erfolgreich abgeleistet.

☐ nicht erfolgreich abgeleistet.

Bemerkungen

Unterschriften

Ort, Datum

Unterschrift der Leitung der Einrichtung

Unterschrift des / der Praxisanleiters / -in