

Testatblatt

Schulpraxisberatung und Lerncoaching

Name / Vorname: _____

Adresse: _____

Geb.-Datum: _____ Heimatort: _____ Studienjahr/e: _____

Kurzreferat Datum _____ Testat _____

Längerfristige schriftliche
Unterrichtsplanung
(Quartals- / Quintalsplan) Datum _____ Testat _____

Qualifikationsberatung mit
Nachprotokoll (Reflexion) Datum _____ Testat _____

Zusatzvereinbarung: nein ___ ja, erfüllt ___

Unterrichtspräsentation mit
Nachprotokoll (Reflexion) Datum _____ Testat _____

Zusatzvereinbarung: nein ___ ja, erfüllt ___

50% der Transferaufträge Datum _____ Testat _____

Beilagen: Bestätigungen (Unterschriften/ Adressen/ Daten/ Dauer)
zu 3 mit verschiedenen Klient/-innen (2x ohne Bezahlung und 1x
gegen Bezahlung gemäss Tarifrichtlinien ISSVS, in Ausbildung)
durchgeführten Fachberatungen (zB Unterrichtsbesuch mit
Feedback, ..)

Freiwillig: Bestätigungen zu individuellen Weiterbildungscoachings gemäss
Vereinbarung im PPZ (Datum/Visum Berater/-in)