

Gutachten

Integriertes Semesterpraktikum (ISP)

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

Zeitraum ISP:	WS 20 _____	SS20 _____
----------------------	--------------------	-------------------

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

Fachpraktikum Fach _____

Teilnahme an Hospitationen

im Rahmen des Dienstag- bzw. Donnerstag- Unterrichts im Umfang von: _____ Std.

Eigener angeleiteter Unterricht

unterrichtetes Fach	Klasse	Thema	Anwesenheit der Hochschullehrkraft

Portfolio (Baustein 2)

Ein ausführlicher Unterrichtsentwurf wurde angefertigt	Ja	Nein
Dokumentationen der Planung des Unterrichts lagen vor	Ja teilweise	Nein
Die Kompetenzen in <u>fachlicher</u> Hinsicht sind soweit ausgeprägt, dass ein sinnvoller Unterricht ermöglicht wird (siehe Bewertung BELL Kompetenzraster)	Ja teilweise	Nein
Die Kompetenzen in <u>didaktischer</u> Hinsicht sind soweit ausgeprägt, dass ein sinnvoller Unterricht ermöglicht wird (siehe Bewertung BELL Kompetenzraster)	Ja teilweise	Nein

**Der Praktikumsteil kann nicht mit Erfolg bescheinigt werden.
Tragende Gründe sind (Grundlage ist der BELL-Bogen (Kompetenzraster)):**

Kompetenzen:

fachliche

didaktisch-methodische

personale (Lehrerpersönlichkeit)

Folgende Beratungsgespräche wurden mit der Studentin/ dem Studenten geführt.

Zielvereinbarung festgelegt

1. _____ ja nein

2. _____ ja nein

3. _____ ja nein

Es wird empfohlen diesen Teilbereich des Praktikums

mit Erfolg

ohne Erfolg

zu testieren

.....
Ort, Datum

Unterschrift Ausbildungslehrer/in

Unterschrift Hochschullehrer/in

Das Zentrum für Schulpraktische Ausbildung bescheinigt das Absolvieren des Teilbereichs

mit Erfolg

ohne Erfolg

Stempel des Zentrums für Schulpraktische Ausbildung