   

**Praktikumspass zur Schulpraxis**

Bitte tragen Sie Ihre Tätigkeiten sowie die Dauer derselben in die entsprechenden Felder im Praktikumspass ein und lassen Sie Ihre Arbeitszeit von Ihrer/m Mentor/in durch eine Unterschrift bestätigen. Bitte beachten sie, dass die konkrete Gestaltung der Schulpraxis (Umfang der Hospitations- und Unterrichtsstunden, Unterrichtsvorbereitung und Dokumentation) in den Begleitlehrveranstaltungen der Unterrichtsfächer vorgegeben wird. Der Praktikumspass wird von der/dem Mentor/in ausgefüllt, an Sie zurückgegeben und verbleibt dann bei Ihnen.

Viel Erfolg bei Ihrem Praktikum!

|  |
| --- |
| **Studierende/r** |
| Name, Vorname |  |
| Matrikelnummer |  |
| Unterrichtsfächer |  |  |
| Adresse |  |
| Telefonnummer |  |
| Uni-E-Mail-Adresse |  |
|  |
| **Schule und Mentor/in** |
| Schule (Bezeichnung und Ort) |  |
| Name Mentor/in |  |
| E-Mail Mentor/in |  |
|  |
| **Begleitlehrveranstaltung (Praktikum)** |
| Name Lehrveranstaltungsleitung (inkl. LV-Nummer) |  |
| E-Mail Lehrveranstaltungsleitung |  |

|  |
| --- |
| Bereich 1: Hospitationen  |
| Hospitationen, inkl. Vor- und Nachbesprechung |
|  | **Detailangaben:** Datum, Klasse, Fach, Unterrichtsthema | **Unterschrift/en Mentor/in**Sammelunterschrift in senkrechter Spalte möglich  | **Unterschrift Studierende/r** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

|  |
| --- |
| Bereich 2: Unterrichten  |
| Eigenständige Unterrichtsarbeit, inkl. Vor- und Nachbesprechungselbstständiger Unterricht + Teamteaching |
|  | **Detailangaben:** Datum, Klasse, Fach, Unterrichtsthema, Beschreibung der Tätigkeit, Angaben zu Teamteaching | **Unterschrift/en Mentor/in**Sammelunterschrift in senkrechter Spalte möglich  | **Unterschrift Studierende/r** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Kurzkommentar der/s Mentor/in zu den Leistungen der/des Studierenden:** |

|  |
| --- |
| **Abschließende Bestätigung der/s Mentor/in**Die Schulpraxis wurde erfolgreich absolviert: JA ☐  NEIN ☐ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Datum, Unterschrift Mentor/in |