

Ausbildungsberater:in bzw. Mentor:in	PH-Dozent:in (sofern zugeordnet)	Studierende:r
Nachname, Vorname	Nachname, Vorname	Nachname, Vorname
Schule / Adresse		
Praktikum ( <b>bitte ankreuzen</b> ) <input type="checkbox"/> OSP <input type="checkbox"/> ISP <input type="checkbox"/> PP/BFP <input type="checkbox"/> Anderes Praktikum _____ vorgesehener Praktikumszeitraum _____		

**Die:der Studierende wurde darüber informiert, dass erhebliche Zweifel daran bestehen, das Praktikum erfolgreich absolvieren zu können.**

Stichworte zum Praktikumsverlauf, ggf. mit Datum (Vorkommnisse, Beratungen, Fehlzeiten usw.)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ausbildungsberater:in, Mentor:in, Dozent:in

Unter folgenden konkreten Bedingungen ist der Praktikumserfolg noch möglich

---



---



---

Ich habe diese Information zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Studierende:r