



Übersicht für Berufsbildner/in: Kontrolle Lerndokumentation

Name, Vorname Lernende/r:

Datum/Zeitraum Ausbildung:

		Bericht wurde kontrolliert und mit Lernenden besprochen	Datum, Unterschrift Berufsbildner/in
1. Semester	1. Bericht:	<input type="checkbox"/>	_____
	2. Bericht:	<input type="checkbox"/>	_____
2. Semester	1. Bericht:	<input type="checkbox"/>	_____
	2. Bericht:	<input type="checkbox"/>	_____
3. Semester	1. Bericht:	<input type="checkbox"/>	_____
	2. Bericht:	<input type="checkbox"/>	_____
4. Semester	1. Bericht:	<input type="checkbox"/>	_____
	2. Bericht:	<input type="checkbox"/>	_____
5. Semester	1. Bericht:	<input type="checkbox"/>	_____
	2. Bericht:	<input type="checkbox"/>	_____
6. Semester	1. Bericht:	<input type="checkbox"/>	_____
	2. Bericht:	<input type="checkbox"/>	_____

Bemerkungen:
