

Name, Adresse der Organisation / der Praktikumsstelle /
Stempel der Einrichtung

RÜCKMELDUNG zum FACHPROJEKT

Zur Vorlage an der SOB-Klagenfurt.Behindertenbegleitung
9020 Klagenfurt, Viktringer Ring 36, 9020 Klagenfurt, Tel.: 0463/511404

Praktikant*in: _____

Thema und kurze Beschreibung des Fachprojektes:

Datum der Durchführung _____

Dauer: von _____ bis _____

Anzahl der beteiligten Personen:
Klient*innen _____

Mitarbeiter*innen _____

Vorbereitungsphase:	gut	ausreichend	mangelhaft
Präsentation des Projektes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information von Klient*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information von Mitarbeiter*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motivierung der teilnehmenden Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konkrete Organisation der geplanten Aktivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

