

Leistungs- und Verhaltensbeurteilung vom: **XX.XX.XXXX**

<input type="checkbox"/>	Reha-Ausbildung integrativ: Verlauf- LuV
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	Reha-Ausbildung kooperativ: Verlauf- LuV
--------------------------	---

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Spätestens 4 Monate vor Abschluss des 1. Ausbildungsjahres |
| <input type="checkbox"/> | Spätestens 4 Monate vor Abschluss des 2. Ausbildungsjahres |
| <input type="checkbox"/> | Spätestens 4 Monate vor Abschluss des 3. Ausbildungsjahres |
| <input type="checkbox"/> | sonstiger Anlass |

<input type="checkbox"/>	Schulische Ausbildung
--------------------------	------------------------------

1. Daten zum Teilnehmer/ zur Teilnehmerin	
Name	
Vorname	
Kundennummer	
Ausbildungsberuf	
Lernort Wohnen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ansprechpartner/in zum Teilnehmer/ zur Teilnehmerin beim Bildungsträger	
Name	
Telefonnummer	

2. Zwischenprüfung / Teil eins der Abschlussprüfung	
Teilgenommen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Ergänzende Erläuterungen (z.B. Ergebnis)	

3. Individuelle Verlaufs- und Erfolgskontrolle, Sachstand zu den Entwicklungsfortschritten (gegenüber der LuV vom: XX.XX.XXXX)		
	Bisheriger Förderbedarf	Aktueller Förderbedarf
schulische Basiskompetenzen		
personale Kompetenz		
methodische Kompetenz		
sozial-kommunikative Kompetenz		
berufliche Kenntnisse		
Arbeitsverhalten		
Ergänzende Erläuterungen: (insbes. bei drohendem Abbruch - einschließlich der bisher erfolgten Aktivitäten, um den Abbruch zu vermeiden)		

4.	Sachstand zu betrieblichen Ausbildungsphasen (u.a. Zeitraum, Betrieb):

5.	Sachstand zum angestrebten vorzeitigen Übergang in betriebliche Ausbildung
	<i>(entfällt bei schulischer Ausbildung):</i>
	Die Voraussetzungen für den Übergang in betriebliche Ausbildung, die kooperative Form liegen aus Sicht des Bildungsträgers vor:
	ja <input type="checkbox"/> <i>(Angaben zu konkreten und perspektivischen Eingliederungschancen im Praktikums-, Kooperationsbetrieb und unabhängig davon auf dem allgemeinen Ausbildungsmarkt, sofern bekannt mit Betrieb und Zeitpunkt; ggfs. Förderbedarf abH):</i>
	nein <input type="checkbox"/> (Begründung):

6.	Schritte zur Zielerreichung (Aktuelle Zielvereinbarung zwischen Bildungsträger und Teilnehmer/in)	
	Aufgaben des/der Teilnehmers/ -in	
	Aufgaben Team / Trägerpersonal	
	Ausbilder/-in	
	Lehrkraft	
	Sozialpädagoge/ Sozialpädagogin	
	weitere Fachdienste	
	Päd. Mitarbeiter/in Lernort Wohnen	
	gemeinsame Aufgaben	

7.	Die Leistungs- und Verhaltensbeurteilung wurde am XX.XX.XXXX mit dem/der Teilnehmer/in besprochen und eine Kopie ausgehändigt.
----	--