**Strukturierte Besprechung**

Lernende Person – verantwortliche Berufsbildnerin/verantwortlicher Berufsbildner

Fachfrau/Fachmann Gesundheit FaGe EFZ

Ab 1.1.2017

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Semester | 1 [ ]  | 2 [ ]  | 3 [ ]  | 4 [ ]  | 5 [ ]  | 6 [ ]  |

|  |  |
| --- | --- |
| Lehrbetrieb, Abteilung |       |
|  |  |
| Lernende Person(Name, Vorname) |       |
|  |  |
| Berufsbildungsfachperson(Name, Vorname) |       |

**Themen / Zusammenfassung**

|  |
| --- |
|                           |

**Vereinbarungen**

|  |
| --- |
|                           |

**Unterschriften**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift Berufsbildnerin/Berufsbildner

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift Lernende/Lernender

Mit der Unterschrift bestätigt die Lernende/der Lernende diese Informationen zur Kenntnis genommen zu haben.

Muss die Unterschrift der Eltern/der gesetzlichen Vertretung eingeholt werden?

[ ]  ja [ ]  nein

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift Eltern/gesetzliche Vertretung