



Ergänzende Bildung (ErBi)

- Fachmann/Fachfrau Betreuung EFZ
Fachrichtung: KIN BEH BET
- Assistentin/Assistent Gesundheit und Soziales EBA

Modul: _____

Datum: _____

I. Angaben Kandidat/in

Name: _____

Vorname: _____

Datum: _____

(Unterschrift)

II. Prüfungsergebnis

Prüfungszeit: _____ Minuten

oder

Schriftliche Arbeit: _____ Seiten

Andere: _____

Hinweis: Wird eine bestimmte Anzahl Nennungen verlangt, zählt nur die festgelegte Anzahl in der Reihenfolge der Auflistung.

Absenzen / Präsenzpflcht: Mind. 80% des Unterrichts wurden besucht:

ja

nein

Handelt es sich um: Regulärer KNW

Wiederholung KNW

Nachholung KNW

Max. Punktezahl: _____

Minimal erforderte Punktezahl: _____

Erreichte Punktezahl: _____

Bestanden: ja nein

III. Angaben Lehrperson

Name: _____

Vorname: _____

Ort, Datum: _____

(Unterschrift)

2. Korrektur

Name: _____

Vorname: _____

Ort, Datum: _____

(Unterschrift)