

SchülerIn: Name/Vorname		Lehrkraft: Name/Vorname		Unterricht: Fach/Fächer			
#	Lektionen		Unterschriften		Ziele:	Erkenntnisse:	Noch zu verbessern:
	Datum	Dauer in Min.	SchülerIn	Lehrkraft	Was soll erreicht werden?	Was wurde erlernt?	Wo sind Schwachstellen?
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Abschlussbemerkungen / Anregungen:

Möchten Sie weiterhin Unterricht mit dem Learning Institute? JA / NEIN	Datum & Unterschrift KundIn: Ort:
--	--------------------------------------

