

TEILNAHMEBESTÄTIGUNG

Aktionsforschungsprojekt des EFSZ
Fremdsprachenfreundliche Lernumgebungen

Ich der/die Unterzeichnete, (*Vorname, Name*), (*Funktion*), VertreterIn von (*Name der Schule bzw. Schulbehörde*), bestätige, dass (*Vorname und Name der Teilnehmerin/des Teilnehmers*) am Aktionsforschungsprojekt EOL des Europäischen Fremdsprachenzentrums (Europarat), Graz, teilgenommen hat.

Dieses Projekt ist Teil des Vierjahresprogramm 2016-2019 und wurde am/an der (*Name der Schule*) vom (*Anfangsdatum*) bis zum (*Enddatum*) folgendermaßen umgesetzt:
(*Kurze Beschreibung der Umsetzung an der Schule*)

Das Engagement von (*Vorname und Name der Teilnehmerin/des Teilnehmers*) wurde in den folgenden Bereichen besonders geschätzt:

- (*Bereich 1*)
- (*Bereich 2*)
- (*Bereich 3*)

Dank dieser Erfahrung hat (*Vorname und Name*) folgende Kompetenzen entwickelt:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sprachenkompetenzen | <input type="checkbox"/> Teamkompetenzen |
| <input type="checkbox"/> Mehrsprachige und interkulturelle Kommunikation | <input type="checkbox"/> Soziale Bürgerkompetenzen |
| <input type="checkbox"/> Das eigene Sprachenrepertoire verwalten | <input type="checkbox"/> Partnerschaften und Netzwerke |
| <input type="checkbox"/> Globales Sprachenbewusstsein | <input type="checkbox"/> Management und Unternehmergeist |
| <input type="checkbox"/> Lernbewusstheit | <input type="checkbox"/> Innovation und kreatives Denken |
| <input type="checkbox"/> Mobilität | <input type="checkbox"/> Interesse für Forschung |

Eine Kopie der vorliegenden Bestätigung steht dem Europäischen Fremdsprachenzentrum zur Verfügung.

Datum

Siegel und Unterschrift(en)