



Raum-Checkliste - GES – SJ 20__ / __

RAUM

Raum der Klasse _____

Stand (Datum) _____

in Verantwortlichkeit von
(Raumpate/in)

Herr / Frau

Bestand

- | | | | | |
|--------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------|
| ___ Tische | <input type="checkbox"/> | Kreidetafel | <input type="checkbox"/> | Uhr |
| ___ Stühle | <input type="checkbox"/> | interaktive Tafel | <input type="checkbox"/> | OHP |
| ___ Schränke | <input type="checkbox"/> | Whiteboard | <input type="checkbox"/> | Beamer |
| ___ Regale | <input type="checkbox"/> | Besen | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | <input type="checkbox"/> | Mülleimer | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | <input type="checkbox"/> | Feger / Kehrblech | <input type="checkbox"/> | _____ |
-

Quartal / Datum			Unterschrift
1.		<input type="checkbox"/> keine Beanstandungen <input type="checkbox"/> Beanstandung (Meldung ist erfolgt.)	
2.		<input type="checkbox"/> keine Beanstandungen <input type="checkbox"/> Beanstandung (Meldung ist erfolgt.)	
3.		<input type="checkbox"/> keine Beanstandungen <input type="checkbox"/> Beanstandung (Meldung ist erfolgt.)	
4.		<input type="checkbox"/> keine Beanstandungen <input type="checkbox"/> Beanstandung (Meldung ist erfolgt.)	