



Zweijährige Berufsfachschule für Gesundheit und Pflege

A n m e l d u n g

Schuljahr: _____

Angaben zur Person

Nachname		Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort / -land		Geschlecht* <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Konfession <input type="checkbox"/> ev. <input type="checkbox"/> rk. <input type="checkbox"/> sonstige		Nationalität	
Verkehrssprache in der Familie			
Straße, Hausnummer			
PLZ und Wohnort			
Telefon (Festnetz)		Telefon (mobil)	
E-Mail*			
*für unseren Infodienst			
zuletzt besuchte allgemeinbildende Schule		<input type="checkbox"/> Förder-/Sonderschule (SBBZ)	<input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Gymnasium
		<input type="checkbox"/> Hauptschule	<input type="checkbox"/> Werkrealschule <input type="checkbox"/> keine davon
		<input type="checkbox"/> Gemeinschaftsschule	
Schulabschluss		<input type="checkbox"/> Hauptschule	<input type="checkbox"/> Werkrealschule <input type="checkbox"/> Abitur
		<input type="checkbox"/> Realschule	<input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> keinen davon

Erziehungsberechtigte(r) (für Schüler/innen unter 18) / Kontaktperson

Nachname		Vorname	
Anschrift		Telefon / E-Mail	
<input type="checkbox"/> Vater* <input type="checkbox"/> Mutter* <input type="checkbox"/> Vormund* <input type="checkbox"/> Sonstiges*:			

*bitte ankreuzen oder angeben, falls zutreffend

Bitte beachten Sie auch die Rückseite.

