



Vierjährige Berufsfachschule für Pflege

Teilzeit (4BFP)

A n m e l d u n g

Schuljahr: _____

Angaben zur Person		
Nachname	Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort / Geburtsland	Nationalität
Konfession <input type="checkbox"/> ev. <input type="checkbox"/> rk. <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> keine		Geschlecht* <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> divers
Verkehrssprache in der Familie		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort und Ortsteil		
Telefon (Festnetz)	Telefon (mobil)	
E-Mail (für unseren Infodienst)		

Erziehungsberechtigte:r / Sorgeberechtigte:r (für Schüler:innen unter 18 Jahren)	
Nachname	Vorname
Straße, Hausnummer (falls abweichend)	PLZ und Wohnort (falls abweichend)
Telefon (Festnetz)	Telefon (mobil)
E-Mail (für unseren Infodienst)	

Vater*
 Mutter*
 Vormund*
 Sonstiges*: _____

*Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. angeben

- Bitte Rückseite beachten -

