

Bewerberin:

Vorname / Name: _____

Geburtsdatum: _____

Bei Einzug minderjährig?

JA

☐

NEIN

☐

Geburtsort / Land: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Personalausweisnummer: _____

Religion: _____

Ausbildungsberuf: _____

Anschrift der Bewerberin

Hobbys: _____

Email: _____ Handynummer: _____

Blockschuljahre von: _____

bis: _____

(Start der Ausbildung)

(Voraussichtl. Ende der Ausbildung)

Anschrift der Berufsschule:

Schule: _____

Straße: _____

Ort: _____

Klasse: _____

Arbeitsstelle:

Firma: _____

Straße: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Eltern / Erziehungsberechtigte:

Erziehungsberechtigte/r 1

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Beruf: _____

Erziehungsberechtigte/r 2

Name: _____

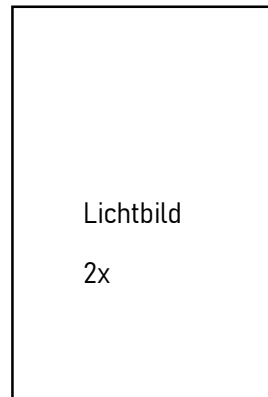
Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Beruf: _____

Bitte wenden!



Gesundheitsfragebogen

Diese Angaben haben keinen Einfluss auf die Auswahl der Bewerberinnen, sondern dienen zur Information der pädagogischen Mitarbeiterinnen.

Es bestehen folgende physische Vorerkrankungen bzw. Verdacht darauf:

Es bestehen folgende psychische Vorerkrankungen bzw. Verdacht darauf:

Es bestehen folgende Allergien bzw. Verdacht darauf:

Hausarztpraxis

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Im Notfall kontaktieren

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Blockschulzeiten		Klasse:
Von	Bis	Bemerkungen

Wir bitten darum uns umgehend in Kenntnis zu setzen, wenn...

- die Ausbildung beendet oder verkürzt wird
 - sich Blockschulzeiten/Klasse ändern
 - die Arbeitsstelle gewechselt wird
 - die Unterbringung in unserem Wohnheim gekündigt wird (Pendeln od. anderes Wohnheim)
- ➔ Bei kurzfristigen Absagen behalten wir uns vor die gebuchten Blöcke in Rechnung zu stellen

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift der Bewerberin

Bei minderjährigen Bewerberinnen Unterschrift
der/des gesetzlichen Vertreter/s