



Berufsschule Sankt Georg zur sonderpädagogischen Förderung • Mozartstr. 18 • 87435 Kempten
Tel: 0831-960 882-0 • Fax: 0831-960 882-33 • info@berufsschule-sankt-georg.de

| | | | | | | |
|---|---|-------------------------------|---|--|---|--|
| Schüler / Schülerin | <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau | | Vorname _____ Familienname _____ _____ Straße, Hausnummer _____ _____ PLZ _____ Wohnort _____ _____ Telefonnr. _____ Handy-Nr. _____ | | Geburtsdatum _____ Geburtsort _____ _____ Geburtsland _____ _____ Ggf. zugezogen nach Deutschland (Monat/Jahr) _____ _____ Staatsangehörigkeit _____ Religion _____ | |
| | Mutter erziehungsberechtigt: <input type="checkbox"/> ja _____ Vorname _____ Familienname _____ Anschrift (<input type="checkbox"/> siehe oben) _____ _____ _____ Telefonnr. _____ Handy-Nr. _____ | | Vater erziehungsberechtigt: <input type="checkbox"/> ja _____ Vorname _____ Familienname _____ Anschrift (<input type="checkbox"/> siehe oben) _____ _____ _____ Telefonnr. _____ Handy-Nr. _____ | | Angaben zu Vormund, Betreuer, Wohnheim... _____ _____ _____ _____ _____ | |
| Erziehungsberechtigte | Die zuletzt besuchte Schule war ein/e: <input type="checkbox"/> Sonderpädagogisches Förderzentrum <input type="checkbox"/> Mittelschule <input type="checkbox"/> Berufsschule <input type="checkbox"/> andere Schule Die zuletzt besuchte Klasse war die _____ Klasse Name und Ort der zuletzt besuchten Schule: _____ _____ | | Schulabschluss bzw. Entlassungszeugnis: <input type="checkbox"/> kein Abschluss → Entlassungszeugnis der: <input type="checkbox"/> 6. Klasse <input type="checkbox"/> 7. Klasse <input type="checkbox"/> 8. Klasse <input type="checkbox"/> 9. Klasse <input type="checkbox"/> Abschluss des SFZ - Bildungsgang Lernen <input type="checkbox"/> Gutachten nach § 27/3 VSO-F liegt vor <input type="checkbox"/> Mittelschulabschluss <input type="checkbox"/> anderer Abschluss | | | |
| | Zusammenarbeit mit Agentur für Arbeit: _____ Name des Berufsberaters _____ Bezirk (KE, MM...) _____ | | <input type="checkbox"/> BvB-Maßnahme besucht. Wann? _____ _____ Träger der Maßnahme _____ | | | |
| | <input type="checkbox"/> EQ absolviert. <input type="checkbox"/> Ausbildung begonnen? Von _____ bis _____ | | _____ Ausbildungsberuf _____ _____ Name des Betriebes, Ort _____ | | | |
| Mit den notwendigen Aufnahmeformalitäten (z.B. Überprüfung des Förderbedarfs, Intelligenztests...) bin ich einverstanden und bestätige hiermit auch die Richtigkeit der gemachten Angaben: | | | | | | |
| Ort, Datum _____ | | Unterschrift Schüler/in _____ | | Unterschrift Erziehungsberechtigte/r _____ | | |

Mit den notwendigen Aufnahmeformalitäten (z.B. Überprüfung des Förderbedarfs, Intelligenztests...) bin ich einverstanden und bestätige hiermit auch die Richtigkeit der gemachten Angaben:

Ort, Datum _____ Unterschrift Schüler/in _____ Unterschrift Erziehungsberechtigte/r _____

Wird von der Berufsschule Sankt Georg ausgefüllt/ bearbeitet:

| | | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|--|---|
| Erster Schultag: _____ | Jhrg. <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 | Form (BVJ, BvB, FKL, JoA) _____ _____ _____ | Schuljahr _____ _____ _____ | Anzahl d. U-Tage _____ _____ _____ | <input type="checkbox"/> BS-Pflicht erfüllt → _____ Zeitpunkt |
|----------------------------------|---|---|---|--|---|