

BERUFSINTEGRATIONSKLASSE (ZWEIJÄHRIGE MAßNAHME)

AN DER

**Berufsfachschule für Ernährung und Versorgung
Maria Stern Augsburg**DES SCHULWERKS DER DIÖZESE AUGSBURG
Inneres Pfaffengäßchen 3, Tel. 0821 228197-20
86152 Augsburg Fax. 0821 228197-22

| |
|----------|
| Passbild |
|----------|

Personalien

| | | |
|---|------------|---|
| Familienname: weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> | | Geburtsdatum |
| Vorname(n): Handy-Nr. Schülerin/Schüler:..... | | |
| Geburtsort, Staat | Bekenntnis | |
| Seit wann leben Sie in Deutschland? Jahr: Monat: | | |
| Anschrift während des Besuchs der Berufsintegrationsklasse: | | Telefon |
| Vater: Name, Vorname, Anschrift, Bekenntnis Sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls allein sorgeberechtigt, bitte Kopie vom Familiengericht beilegen. | | ausgeübter Beruf: Tel. priv.: Tel. gesch.: Handy: E-Mail: |
| Mutter: Name, Vorname, Anschrift, Bekenntnis Sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls allein sorgeberechtigt, bitte Kopie vom Familiengericht beilegen. | | ausgeübter Beruf: Tel. priv.: Tel. gesch.: Handy: E-Mail: |
| Name/Anschrift der/des Erziehungsberechtigten, falls dies nicht die Eltern sind: | | Tel. priv.: Tel. gesch.: Handy: E-Mail: |
| Krankenkasse der Schülerin/des Schülers: | | |

Bitte Blatt wenden

H:\Neuanmeldg.-Schulbeginn-Ende\Neuaufnahmen\BI-Klasse\Anmeldeblätter\Anmeldeblätter 2018-2019\PersonalienBerufsintegrationD.doc

Geschwister:

Haben Sie Geschwister?

Anzahl mit Alter:

Leben die Geschwister in Deutschland?

Schulbesuch:

Welche Schulen haben Sie bisher besucht?

Geben Sie Name, Anschrift und Zeit des Schulbesuchs an:

Schulabschlüsse:

a) Haben Sie bereits einen Schulabschluss erworben? ja nein Jahr:

b) Wo haben Sie den Schulabschluss erworben?

c) Ist dieser Schulabschluss in Deutschland anerkannt? ja nein

Sprachkenntnisse:

a) Welches ist Ihre Muttersprache?

b) In welchen anderen Sprachen können Sie sich ausdrücken?

c) Haben Sie schon einen Deutschkurs besucht? ja nein
Wenn ja – Wo? Wie lange?

.....
Ort, Datum

.....
Eigene Unterschrift der Schülerin/des Schülers

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Erziehungsberechtigten/
des Erziehungsberechtigten

Bitte Blatt wenden

H:\Neuanmeldg.-Schulbeginn-Ende\Neuaufnahmen\BI-Klasse\Anmeldeblätter\Anmeldeblätter 2018-2019\Personalien\BerufsintegrationD.doc