|  |  |
| --- | --- |
| **Von der Bewerberin/vom Bewerber auszufüllen:**  **(w) Frau (m) Mann (d) divers** | ***Von der Schule auszufüllen:*** |
| Name: | ***Eingangsdatum:*** |
| Vorname: | ***Lebenslauf / Lichtbild***  ***( )*** |
| Geburtsdatum: | ***Bewerbungsschreiben mit Gesundheitsprofil***  *( )* |
| Geburtsland: | ***Zweiwöchiges Praktikum im Bereich Gesundheit/ Soziales ( )*** |
| Geburtsort: | ***Schulpflicht***  ***( )Ja ( ) Nein*** |
| Staatsangehörigkeit: | *Bildungsanspruch*  *( )Ja ( ) Nein* |
| Herkunftssprache: | *Freistellung erforderlich:*  *( ) Nein ( ) Ja, ( ) liegt nicht vor* |
| Straße: | *Herkunftssprache statt Fremdsprache*  *( ) Nein ( ) Ja, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| PLZ: | *LRS:*  *( )Ja ( ) Nein* |
| Stadt: | ***Nachweis Beratungsgespräch ZBB***  ***( ) Ja ( ) Nein*** |
| Telefonnummer/ Handy: | *Halbjahreszeugnisnoten:*  *Deu Eng Mathe* |
| E-Mail-Adresse: | ***Beratung durchgeführt am / von:*** |
| Betreuer: | ***Vorläufiges Aufnahmeschreiben***  ***Vom:*** |
| **Bitte bis zum 21. Lebensjahr ausfüllen:**  **Angaben zum gesetzlichen Vertreter** | ***Abschlusszeugnis erhalten***  ***( ) ja, am:*** |
| **Eltern/ Betreuer, Name:** | ***eBBR mit Abschlusszeugnis:***  ***Mat Deu Eng***  *Schnitt:* |
| **Vorname:** | ***Notenvoraussetzung erreicht:***  ***( ) Ja ( ) Nein*** |
| **Adresse:** | ***Aufnahmevoraussetzungen vollständig***  ***( ) Ja ( ) Nein*** |
| **Telefonnummer:/Handy** | ***Aufnahmeschreiben***  ***vom:*** |
| **E-Mail-Adresse:** | *Bemerkungen:* |