|  |  |
| --- | --- |
| **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:* |