

Klasse:	1.Schultag:	Aufnahme: nur von der Bereichsleitung anzukreuzen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Endgültige Aufnahme Sekretariat:
----------------	--------------------	---	---

Berufsvorbereitung

- | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AV H9T | <input type="checkbox"/> AV H10 | <input type="checkbox"/> AV TK | <input type="checkbox"/> AV TI |
| <input type="checkbox"/> AV H9V | <input type="checkbox"/> AV T | <input type="checkbox"/> AV TW | <input type="checkbox"/> AV V |

Name:	Geburtsname:
Vorname:	Geburtsort:
Geburtsdatum: _ . _ . _ . _ . _ . _ . _ . _ .	Konfession/Religion:
Volljährig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	1.Staatsangehörigkeit:
Geschlecht:	2.Staatsangehörigkeit:
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	Geburtsland:
Straße, Hausnummer:	Zuzugsjahr: (wenn nicht in Deutschland geboren) Jahr: _ _ _ _ _
PLZ, Wohnort:	Verkehrssprache in der Familie:
_ _ _ _ _ Leverkusen	Geburtsland der Mutter:
<input type="checkbox"/> 42799 Leichlingen	Geburtsland des Vaters:
<input type="checkbox"/> 51399 Burscheid	Bestand in der Vergangenheit sonderpädagogischer Förderbedarf?
<input type="checkbox"/> 40764 Langenfeld	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> 40789 Monheim	Wenn ja, welcher?
anderer Ort: _____	<input type="checkbox"/> Lernen <input type="checkbox"/> Emotional/Sozial
Mobil (Schüler:in)	<input type="checkbox"/> Sprache <input type="checkbox"/> Hören
E-Mail (Schüler:in)	<input type="checkbox"/> Sehen <input type="checkbox"/> ASS (Autismus)
	<input type="checkbox"/> Körperlich/Motorisch

Bitte die Rückseite unbedingt ausfüllen!!

