

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

E BPA Berufspraktikum (Erzieher/in Allgemeine Hochschulreife)

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)								
PLZ, Wohnort: _____ Leverkusen <input type="checkbox"/> 42799 Leichlingen <input type="checkbox"/> 51399 Burscheid <input type="checkbox"/> 40764 Langenfeld <input type="checkbox"/> 40789 Monheim anderer Ort: _____	Jahr: _____ Verkehrssprache in der Familie: Geburtsland der Mutter: Geburtsland des Vaters: Bestand in der Vergangenheit sonderpädagogischer Förderbedarf? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welcher? <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lernen</td> <td><input type="checkbox"/> Emotional/Sozial</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sprache</td> <td><input type="checkbox"/> Hören</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sehen</td> <td><input type="checkbox"/> ASS (Autismus)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Körperlich/Motorisch</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Lernen	<input type="checkbox"/> Emotional/Sozial	<input type="checkbox"/> Sprache	<input type="checkbox"/> Hören	<input type="checkbox"/> Sehen	<input type="checkbox"/> ASS (Autismus)	<input type="checkbox"/> Körperlich/Motorisch	
<input type="checkbox"/> Lernen	<input type="checkbox"/> Emotional/Sozial								
<input type="checkbox"/> Sprache	<input type="checkbox"/> Hören								
<input type="checkbox"/> Sehen	<input type="checkbox"/> ASS (Autismus)								
<input type="checkbox"/> Körperlich/Motorisch									
Mobil (Schüler:in)									
E-Mail (Schüler:in)									

Bitte die Rückseite unbedingt ausfüllen!!

Name der im letzten Schuljahr besuchten Schule:

Ort der Schule:

Schultyp:

- Hauptschule** **Gesamtschule** **Sekundarschule**
 Realschule **Gymnasium** **Berufskolleg**

Abschlussklasse:

- 9 10 11 12 13

Entlassungsdatum:

— . — . — — —

Erhaltener / voraussichtlicher Schulabschluss:

- keinen** **erster Schulabschluss (HS9)** **erweiterter Schulabschluss (HS10)**
 FOR o.Q. **FOR m.Q.** **FHR** **Abitur**

Sonstige Vorbildung: (z.B. Ausbildung)

Folgende Anlagen werden benötigt und dieser Anmeldung beigelegt:

- Anmeldung und Ausdruck (*SCHULBEWERBUNG.DE*)**
 letztes Schulzeugnis in Kopie (*bei Gesamtschule mit Prognose*)
 Tabellarischer Lebenslauf **Bewerbungsschreiben**
 gültiger Masernimpfnachweis/Bescheinigung
 Praktikumsvertrag
 Rückporto

Daten der Erziehungsberechtigten:

Eltern **Mutter** **Vater** **Schüler:in volljährig** **Sonstige** _____

Name:	Telefon:
Vorname/n:	Mobil:
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort:	E-Mail:

Ort, Datum

**Unterschrift Antragsteller:in
bzw. Erziehungsberechtigten**