

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

G FOR

1-jährige Berufsfachschule für Schülerinnen und Schüler mit erweitertem Schulabschluss
(Gesundheitswesen, berufliche Grundbildung und mittlerer Schulabschluss FOR)

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!!

