

<input type="checkbox"/> Persönliche Eignung festgestellt, von	<input type="checkbox"/> Formale Eignung festgestellt, von
--	--

<b>Eintrittsdatum:</b>
<b>Kurs:</b>
<b>Schülernr:</b>
<b>Vermerk:</b>

## Schüler\*innenbogen

(Bitte gut lesbar – in Blockschrift – ausfüllen.)

(wird von der Schule ausgefüllt)

AUSBILDUNGSGANG:	<input type="checkbox"/> Heilerziehungspfleger*in <input type="checkbox"/> Heilerziehungspfleger*in in berufsbegleitender Form <input type="checkbox"/> Sozialpädagogische*r Assistent*in	
NAME:		
ggf. Geburtsname:		
VORNAME:	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> div.	
1. STAATSANGEHÖRIGKEIT		
2. STAATSANGEHÖRIGKEIT		
MUTTERSPRACHE		
HERKUNFTSLAND AUSSIEDLER		
GEBURTSDATUM:		
GEBURTSORT und Datum des Umzuges nach Deutschland:		
FAMILIENSTAND:		
ANZAHL DER KINDER:		
RELIGIONSZUGEHÖRIGKEIT (freiwillig)		
<b>ERSTER WOHNSTZIT:<sup>1</sup></b>		
STRASSE:		
PLZ und WOHNORT:		
BUNDESLAND:		
TELEFON:		
FAX:		
EMAIL:		
Wird an Schülersprecher*innen weiter gegeben:		
POSTANSCHRIFT (falls abweichend vom Erstwohnsitz / ggf. Anschrift Sorgeberechtigte):		
STRASSE:		
PLZ und ORT:		
SCHULABSCHLUSS:		
Zuletzt besuchte Schule		
VORHER BESUCHTE SCHULFORM		
FREMDSPRACHENKENNTNISSE:	Englisch:	Jahre

<sup>1</sup> Mit Beginn der Ausbildung (Stichtag: 1. September) müssen Schüler\*innen einen **Erstwohnsitz** in Hamburg nachweisen.

	Französisch:	Jahre
		Jahre
ICH MÖCHTE MEIN ZWEITES PRAKTIKUM IM AUSLAND ABSOLVIEREN (nur Fachschule)	O ja      O nein	
PRAKTIKA VON MEHR ALS DREI MONATEN DAUER IM SOZ.PÄD. ODER BEHINDERTENPÄD. BEREICH VOR BEGINN DER AUSBILDUNG:		
ANDERE BERUFSTÄTIGKEITEN VOR BEGINN DER AUSBILDUNG: (nur Tätigkeiten, die mind. 6 Monate lang ausgeübt wurden)		
(nur für Schüler*innen mit abgeschlossener Berufsausbildung)		
BERUFSBEZEICHNUNG UND DAUER DER AUSBILDUNG:		
(nur für Schüler*innen der berufsbegleitenden Kurse)		
ART DER BERUFSTÄTIGKEIT WÄHREND DER AUSBILDUNG		
UMFANG DER BERUFSTÄTIGKEIT:	O 100%    O 75%    O 50%    O weniger als 50%	
SEIT:		
ARBEITGEBER:		
dort telefonisch erreichbar unter:		
FÖRDERUNG DURCH DAS BAFÖG-AMT IN:		
FÖRDERUNG DURCH AUFSTIEGS-BAFÖG:		
ANDERER TRÄGER DER UMSCHULUNGSMASSNAHME:		
Freiwillige Angaben (für Planung und Statistik):		
NEBENTÄTIGKEIT WÄHREND DER AUSBILDUNG (Art der Tätigkeit und durchschnittliche Arbeitsstundenzahl pro Woche):		
DURCH WEN WURDEN SIE AUF DIE FACHSCHULE AUFMERKSAM?		

Ich versichere, dass ich den Schüler\*innenbogen vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt habe. Ich verpflichte mich Änderungen des Wohnsitzes sofort im Schulbüro mitzuteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggf. der Sorgeberechtigten)