

# Anmeldebogen BBW München & Berufsschule Bezirk Obb.



Familienname:		Vorname:	
<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> divers	Geburtsdatum:
Agentur für Arbeit:		Kd.-Nr.:	
Maßnahme:		Beginn:	
		Unterbringung:	

## Kontakt

Straße		PLZ	Ort
(Bild)Telefon		Fax	
Handy Azubi		Email Azubi	

## Bundesland / Regierungsbezirk

<input type="checkbox"/> Baden-Württemberg	<input type="checkbox"/> Hessen	<input type="checkbox"/> Sachsen
<input type="checkbox"/> Bayern	<input type="checkbox"/> Mecklenburg-Vorpommern	<input type="checkbox"/> Sachsen-Anhalt
<input type="checkbox"/> Berlin	<input type="checkbox"/> Niedersachsen	<input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein
<input type="checkbox"/> Brandenburg	<input type="checkbox"/> Nordrhein-Westfalen	<input type="checkbox"/> Thüringen
<input type="checkbox"/> Bremen	<input type="checkbox"/> Rheinland-Pfalz	
<input type="checkbox"/> Hamburg	<input type="checkbox"/> Saarland	

## Welcher Regierungsbezirk:

<input type="checkbox"/> Niederbayern	<input type="checkbox"/> Oberbayern	<input type="checkbox"/> Oberpfalz	<input type="checkbox"/> Schwaben
<input type="checkbox"/> Mittelfranken	<input type="checkbox"/> Oberfranken	<input type="checkbox"/> Unterfranken	<input type="checkbox"/> außerbayerisch

## Persönliche Daten

Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> andere (z. B. verheiratet): _____	
Geburtsland	Geburtsort
Staatsangehörigkeit	Religion
<b><u>Für Nicht-Deutsche:</u> (Bitte eine Kopie vom gültigen Pass mitschicken!)</b>	
Seit wann in Deutschland _____ Herkunftsland _____	
<input type="checkbox"/> Ausländer <input type="checkbox"/> Aussiedler <input type="checkbox"/> Kriegsflüchtling <input type="checkbox"/> Asylbewerber <input type="checkbox"/> Asylberechtigter	
Aufenthaltsstatus: <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis _____ <input type="checkbox"/> Duldung bis _____	

## Eltern

<b>Mutter</b>	<input type="checkbox"/> verstorben <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> es besteht kein Kontakt
	Hörstatus: <input type="checkbox"/> hörend <input type="checkbox"/> schwerhörig <input type="checkbox"/> gehörlos <input type="checkbox"/> CI-Trägerin
Vorname	Familienname
Familienstand	Geburtsdatum
Herkunftsland	Beruf
Telefon	Email
Adresse	

# Anmeldebogen BBW München & Berufsschule Bezirk Obb.



Familienname:		Vorname:	
<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> divers	Geburtsdatum:
Agentur für Arbeit:		Kd.-Nr.:	
Maßnahme:		Beginn:	
		Unterbringung:	

<b>Vater</b>	<input type="checkbox"/> verstorben <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> es besteht kein Kontakt	
	Hörstatus: <input type="checkbox"/> hörend <input type="checkbox"/> schwerhörig <input type="checkbox"/> gehörlos <input type="checkbox"/> CI-Träger	
Vorname		Familienname
Familienstand		Geburtsdatum
Herkunftsland		Beruf
Telefon		Email
Adresse		

Wer hat das Sorgerecht?  beide Eltern  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Betreuer (Name+Telefon): \_\_\_\_\_

Sonstige Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

## Gesundheit

**Hausarzt** Zuhause (Name, Adresse und Telefonnummer):

\_\_\_\_\_

## Schwerbehindertenausweis

vorhanden, gültig bis: \_\_\_\_\_  nicht vorhanden  beantragt

GdB \_\_\_\_\_ %      Merkzeichen:  Gl  RF  B  H  G  aG  Bl  1. Kl  VB  EB

Geschäftszeichen: \_\_\_\_\_ Versorgungsamt: \_\_\_\_\_

**Wertmarke:**  vorhanden, gültig bis: \_\_\_\_\_  nicht vorhanden  beantragt

## Hörstatus

**(Bitte Audiogramm mitschicken!)**

Rechtes Ohr		Linkes Ohr	
<input type="checkbox"/> hörend		<input type="checkbox"/> hörend	
<input type="checkbox"/> schwerhörig <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> hochgradig seit: _____	<input type="checkbox"/> Hörgeräte-Träger seit: _____ <input type="checkbox"/> CI-Träger seit: _____ CI-Zentrum: _____	<input type="checkbox"/> schwerhörig <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> hochgradig seit: _____	<input type="checkbox"/> Hörgeräte-Träger seit: _____ <input type="checkbox"/> CI-Träger seit: _____ CI-Zentrum: _____
<input type="checkbox"/> gehörlos seit: _____		<input type="checkbox"/> gehörlos seit: _____	

## Sprachbehinderung

ja  nein  \_\_\_\_\_

# Anmeldebogen BBW München & Berufsschule Bezirk Obb.



Familienname:		Vorname:	
<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> divers	Geburtsdatum:
Agentur für Arbeit:		Kd.-Nr.:	
Maßnahme:		Beginn:	
		Unterbringung:	

## Deutsche Gebärdensprache (DGS)

- kann ich fließend  kann ich gut  kann ich nicht so gut  kann ich nicht

## Gesundheitliche Besonderheiten

**(Bitte Gutachten mitschicken!)**

Zutreffendes bitte ankreuzen (auch mehrere):

<input type="checkbox"/> Seheinschränkung / Sehbehinderung (z. B. Usher Syndrom)	<input type="checkbox"/> Körperliche Einschränkung / Körperbehinderung
<input type="checkbox"/> Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung (AVWS)	<input type="checkbox"/> Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS / ADHS)
<input type="checkbox"/> Lernbehinderung	<input type="checkbox"/> Autismus
<input type="checkbox"/> psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/> Suchterkrankung
<input type="checkbox"/> Anfallskrankheiten (z. B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit / Diabetes
<input type="checkbox"/> Hepatitis (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/> HIV-Infektion
<input type="checkbox"/> Migräne	<input type="checkbox"/> Asthma

Sonstige gesundheitliche Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Ich muss regelmäßig Medikamente nehmen. Welche? Wie oft?

Ich habe Allergien oder Lebensmittelunverträglichkeiten. Welche?

Ich bin Vegetarier

Ich esse kein Schweinefleisch

## Frühere Fördermaßnahmen

<input type="checkbox"/> Logopädie / Sprachtherapie <b>(Bitte letzten Bericht mit schicken!)</b> von _____ bis _____	<input type="checkbox"/> Nachhilfe Fächer: _____ von _____ bis _____
<input type="checkbox"/> Ergotherapie / Physiotherapie / Kur von _____ bis _____	<input type="checkbox"/> Psychotherapie von _____ bis _____
<input type="checkbox"/> sonstiges: _____ von _____ bis _____	

# Anmeldebogen BBW München & Berufsschule Bezirk Obb.



Familienname:		Vorname:	
<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> divers	Geburtsdatum:
Agentur für Arbeit:		Kd.-Nr.:	
Maßnahme:		Beginn:	
		Unterbringung:	

## Schulvorbildung\*

Ich bin Umschüler  
 Ich habe noch keine Berufsausbildung  
 Ich habe schon eine Berufsausbildung  abgeschlossen  abgebrochen  
 als \_\_\_\_\_ Beginn: \_\_\_\_\_ Ende: \_\_\_\_\_  
 Name und Adresse Betrieb: \_\_\_\_\_

## Höchster Schulabschluss **(Bitte Kopie der letzten beiden Zeugnisse mitschicken!)**

<input type="checkbox"/> erfüllte Schulpflicht ohne Abschluss	<input type="checkbox"/> Schule individuelle Lernförderung (z. B. Förderschule) <input type="checkbox"/> mit Abschluss
<input type="checkbox"/> Hauptschule / Mittelschule <input type="checkbox"/> mit sonderpädagogischer Förderung <input type="checkbox"/> mit Quali <input type="checkbox"/> mit mittlerem Schulabschluss <input type="checkbox"/> ohne Quali <input type="checkbox"/> ohne Abschluss	<input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> mit sonderpädagogischer Förderung <input type="checkbox"/> mit mittlerer Reife <input type="checkbox"/> mit Quali <input type="checkbox"/> ohne Abschluss
<input type="checkbox"/> Wirtschaftsschule <input type="checkbox"/> mit mittlerer Reife <input type="checkbox"/> ohne Abschluss	<input type="checkbox"/> allgemeine Hochschulreife / Abitur <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife / Fachabitur
<input type="checkbox"/> Sonstiger Abschluss: _____	

## Letzte besuchte (Berufs-)Schule

Name und vollständige Anschrift der **letzten besuchten Schule**:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Letzte Klasse: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_ **Letzter Schultag:** \_\_\_\_\_

\* unter Einhaltung von datenschutzbezogenen Informationen (DSGVO) gemäß

- Bayerisches Erziehungs- und Unterrichtsgesetz (BayEUG) Art. 85 Verarbeitung personenbezogener Daten
- Schulunterlagenverordnung (SchUntV) einschließlich der Durchführungshinweise zum Umgang mit Schülerunterlagen 2015
- Aufsicht des Datenschutzbeauftragten des Bezirks Oberbayern
- Beigefügter, unterzeichneter und abgegebener Einwilligungserklärung an die Berufsschule Bezirk Oberbayern

\_\_\_\_\_ Datum  
 \_\_\_\_\_ Unterschrift (bei Minderjährigen zusätzlich der gesetzliche Vertreter)

# Anmeldebogen BBW München & Berufsschule Bezirk Obb.

Familienname:		Vorname:		
<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> divers	Geburtsdatum:	Unterbringung:
Agentur für Arbeit:		Kd.-Nr.:		
Maßnahme:		Beginn:		

## Führerschein

- nein
- ja, Klasse \_\_\_\_\_
- ich mache gerade den Führerschein, Klasse \_\_\_\_\_

## Bankverbindung

Kontoinhaber	Geldinstitut
BIC	IBAN

## Sozialversicherungsnummer:

\_\_\_\_\_

## Krankenkasse:

(Name, Adresse und Telefonnummer)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Wenn privat krankenversichert, bitte *Befreiung von der gesetzlichen Krankenkasse* beilegen.