

Regionales Berufliches Bildungszentrum Greifswald
Siemensallee 5 in 17489 Greifswald
Schülerbogen zur Datenerfassung/Anmeldung

I. Grunddaten

Name _____	Klasse: _____
Vorname _____	Telefon: _____
	E-Mail: _____
	m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/>
Straße und Nr. _____	
PLZ _____	Ort _____ Kreis _____
Bundesland des Wohnortes, wenn nicht M-V _____	
Geburtsdatum _____	Geburtsort _____
Geburtsland _____ (wenn nicht BRD)	Staatsangehörigkeit _____ (wenn nicht BRD)
Schwerbehinderung (evtl. Nachweis) <input type="checkbox"/>	Zuzug nach Dtl. TT/MM/JJ _____
Wohnheimplatz _____ (keine Bereitstellung von der Schule)	Masernschutzimpfung _____ (Nachweis erforderlich)

II. Erziehungsberechtigte/r - Sorgeberechtigte/r (nur für nicht volljährige Jugendliche)

<u>Erziehungsberechtigte/r - Sorgeberechtigte/r 1</u>	
Name, Vorname _____	Telefon _____
Anschrift	
Straße und Nr. _____	
PLZ _____	Ort _____
<u>Erziehungsberechtigte/r - Sorgeberechtigte/r 2</u>	
Name, Vorname _____	Telefon _____
Anschrift	
Straße und Nr. _____	
PLZ _____	Ort _____

III. Schullaufbahn

<u>Vorbildung</u>					
ohne Abschluss <input type="checkbox"/>	Fachhochschulreife <input type="checkbox"/>	Förderschule <input type="checkbox"/>	sonderpäd. Förderbedarf <input type="checkbox"/>		
Berufsreife <input type="checkbox"/>	Hochschulreife <input type="checkbox"/>	sonstiger Förderbedarf <input type="checkbox"/>			
mittlere Reife <input type="checkbox"/>	Datum d. Abschlusses TT/MM/JJ _____				
Umschüler <input type="checkbox"/>	Zweitausbildung <input type="checkbox"/>				
Erstberuf/Bezeichnung _____					Abschlussjahr _____

IV. Berufsausbildung

<u>Angaben zur Ausbildung/Ausbildungsbetrieb</u>			
Beruf _____	Spezialisierung _____		
Betrieb _____	Dauer (Jahre) _____		
Name/Anschrift (PLZ Ort /Str. Nr.) _____	Lehrbeginn _____		
Telefon _____ Fax _____	Ausbilder _____		
E-Mail _____			
Datum/Stempel _____	Unterschrift _____		