

Anmeldebogen BBW München & Berufsschule Bezirk Obb.



Familienname:		Vorname:	
☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers	Geburtsdatum:	Unterbringung:	
Agentur für Arbeit:		Kd.-Nr.:	
Maßnahme:		Beginn:	

Kontakt

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

Bundesland / Regierungsbezirk

☐ Baden-Württemberg	☐ Hessen	☐ Sachsen
☐ Bayern	☐ Mecklenburg-Vorpommern	☐ Sachsen-Anhalt
☐ Berlin	☐ Niedersachsen	☐ Schleswig-Holstein
☐ Brandenburg	☐ Nordrhein-Westfalen	☐ Thüringen
☐ Bremen	☐ Rheinland-Pfalz	
☐ Hamburg	☐ Saarland	

Welcher Regierungsbezirk:

☐ Niederbayern	☐ Oberbayern	☐ Oberpfalz	☐ Schwaben
☐ Mittelfranken	☐ Oberfranken	☐ Unterfranken	☐ außerbayerisch

Persönliche Daten

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

Eltern

Mutter	☐ verstorben ☐ unbekannt ☐ es besteht kein Kontakt
	Hörstatus: ☐ hörend ☐ schwerhörig ☐ gehörlos ☐ CI-Trägerin
Vorname	Familienname
Familienstand	Geburtsdatum
Herkunftsland	Beruf
Telefon	Email
Adresse	

Anmeldebogen BBW München & Berufsschule Bezirk Obb.



Familienname:		Vorname:	
☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers	Geburtsdatum:	Unterbringung:	
Agentur für Arbeit:		Kd.-Nr.:	
Maßnahme:		Beginn:	

Vater	☐ verstorben ☐ unbekannt ☐ es besteht kein Kontakt	
	Hörstatus: ☐ hörend ☐ schwerhörig ☐ gehörlos ☐ 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	
☐ hörend		☐ hörend	
☐ schwerhörig ☐ leicht ☐ mittel ☐ hochgradig seit: _____	☐ Hörgeräte-Träger seit: _____ ☐ CI-Träger seit: _____ CI-Zentrum: _____	☐ schwerhörig ☐ leicht ☐ mittel ☐ hochgradig seit: _____	☐ Hörgeräte-Träger seit: _____ ☐ CI-Träger seit: _____ CI-Zentrum: _____
☐ gehörlos seit: _____		☐ gehörlos seit: _____	

Sprachbehinderung

☐ ja ☐ nein ☐ _____

Anmeldebogen BBW München & Berufsschule Bezirk Obb.



Familienname:		Vorname:	
☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers	Geburtsdatum:	Unterbringung:	
Agentur für Arbeit:		Kd.-Nr.:	
Maßnahme:		Beginn:	

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):

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

☐ Logopädie / Sprachtherapie (Bitte letzten Bericht mit schicken!) von _____ bis _____	☐ Nachhilfe Fächer: _____ von _____ bis _____
☐ Ergotherapie / Physiotherapie / Kur von _____ bis _____	☐ Psychotherapie von _____ bis _____
☐ sonstiges: _____ von _____ bis _____	

Anmeldebogen BBW München & Berufsschule Bezirk Obb.



Familienname:		Vorname:	
☐ weiblich	☐ männlich	☐ 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!)

☐ erfüllte Schulpflicht ohne Abschluss	☐ Schule individuelle Lernförderung (z. B. Förderschule) ☐ mit Abschluss
☐ Hauptschule / Mittelschule ☐ mit sonderpädagogischer Förderung ☐ mit Quali ☐ mit mittlerem Schulabschluss ☐ ohne Quali ☐ ohne Abschluss	☐ Realschule ☐ mit sonderpädagogischer Förderung ☐ mit mittlerer Reife ☐ mit Quali ☐ ohne Abschluss
☐ Wirtschaftsschule ☐ mit mittlerer Reife ☐ ohne Abschluss	☐ allgemeine Hochschulreife / Abitur ☐ Fachhochschulreife / Fachabitur
☐ 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:	
☐ weiblich ☐ männlich ☐ 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.