



für eine Schulform an der Dr.-Walter-Bruch-Schule  
 Kaufmännischer Bereich  
 Schuljahr: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Schulform Fachoberschule**

**Wirtschaft**

**Fachrichtung**  
 **Wirtschaftsinformatik**

Klassenstufe 11

Klassenstufe 12

**Bitte Fremdsprache wählen:**

- Englisch  
 Französisch  
 Teilnahme am Zusatzunterricht (2 Wochenstunden)  
 in der zweiten Fremdsprache

**Stammdaten**

**Schüler/In:**

Nachname _____		Vorname _____		<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> d
geboren am: _____	Geb.-Land: _____	Geb.-Ort _____	Staatszugehörigkeit _____			
PLZ mit Ort und Ortsteil _____		Straße und Hausnummer _____				
Festnetz-Nr. _____	Handy-Nr. _____	E-Mail-Adresse _____				
Religion: <input type="checkbox"/> kath. <input type="checkbox"/> ev. <input type="checkbox"/> islam	Einverständnis Veröffentlichung Bild <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> Sonstige	Förderbedarf/ Nachteilsausgleich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Nur für Geflüchtete <input type="checkbox"/> begleitet <input type="checkbox"/> unbegleitet	Teilnahme Schulbuchausleihe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Einreise am: _____						

**Eltern/Sorgeberechtigte:**

Nachname Mutter _____		Vorname Mutter _____		<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> d
<input type="checkbox"/> alleiniges Sorgerecht		PLZ und Ort mit Ortsteil _____				
Straße _____		<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d				
Nachname Vater _____		Vorname Vater _____				
<input type="checkbox"/> alleiniges Sorgerecht		PLZ und Ort mit Ortsteil _____				
Straße _____		E-Mail-Adresse (Vater oder Mutter) _____				
Festnetz-Nr. (Vater o. Mutter) _____		Handy-Nr. (Vater o. Mutter) _____		E-Mail-Adresse (Vater oder Mutter) _____		
oder* folgende Angaben von <input type="checkbox"/> Betreuer/in		<input type="checkbox"/> Soz. Einrichtung <input type="checkbox"/> Andere		<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d		
Nachname _____		Vorname _____				
Festnetz-Nr./Handy-Nr.: _____		E-Mail-Adresse: _____				

