



Dr.-Walter-Bruch-Schule,
Sozialpflegerischer Bereich,
Wendalinusstr. 26, 66606 St. Wendel
Tel: 06851 801 6830, Fax: 06851 801 6840
E-Mail: sbbz@dr-walter-bruch-schule.de



Anmeldung

für eine Schulform an der Dr.-Walter-Bruch-Schule
Sozialpflegerischer Bereich

Schuljahr: ____ / ____

Schulform: Fachschule für Sozialpädagogik berufliche Vorbereitungsmaßnahme

Für die Akademie für Erzieher/innen bitte den entsprechenden Anmeldebogen verwenden!

Stammdaten

SchülerIn:

Nachname: _____ Vorname: _____ Geschlecht: w m d

Geboren am: _____ Geburtsland: _____ Geburtsort: _____ Staatsangehörigkeit: _____

PLZ, Ort und Ortsteil: _____ Landkreis: _____ Straße und Hausnummer: _____

Festnetznummer: _____ Handynummer: _____ OSS-E-Mail-Adresse: _____ alternative E-Mail-Adresse: _____

Religion: <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> islamisch <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> ohne	Einverständnis Ver- öffentlichung Bild: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Förderbedarf / Nachteilsausgleich: (kein finanzieller Förderbedarf) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Verwendung und Speicherung der E-Mail-Adresse zur Kontaktauf- nahme durch die Schule: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Teilnahme Schul- buchausleihe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	--	--	---	---

Nur für Geflüchtete: begleitet unbegleitet Einreise am: _____

Eltern/Sorgeberechtigte/Vormund:

Mutter oder Vormund: Geschlecht: w m d alleiniges Sorgerecht **Vater:** Geschlecht: w m d alleiniges Sorgerecht

Nachname: _____ Nachname: _____

Vorname: _____ Vorname: _____

Straße und Hausnummer: _____ Straße und Hausnummer: _____

PLZ, Ort mit Ortsteil: _____ PLZ, Ort mit Ortsteil: _____

Festnetznummer: _____ Handynummer: _____ Festnetznummer: _____ Handynummer: _____

E-Mail-Adresse: _____ E-Mail-Adresse: _____

Ggf. Betreuer/-in: Soziale Einrichtung Andere Einrichtungen

Nachname:

Geschlecht: w m d

Vorname:

Festnetznummer:

Handynummer:

E-Mail-Adresse:

Schulische Vorbildung

Höchster Abschluss einer allgemeinbildenden Schule:

Name der Schule: _____

Förderschule Gemeinschaftsschule Erw. Realschule Gymnasium Hauptschule (RP) Sonstige (z.B. Waldorfschule)

mit Abschluss

Sonderschulabschluss

Hauptschulabschluss

mittlerer Bildungsabschluss

theor. Fachhochschulreife

Hochschulreife

ohne Abschluss

Abgang aus Klasse: _____

Versetzt in Klasse: _____

Datum Abschluss- oder Abgangszeugnis: _____

Höchster Abschluss einer berufsbildenden Schule:

Name der Schule: _____

FOS

Berufsfachschule (SPF/HS/GS)

Berufsfachschule II

Berufsschule

Beruf: _____

Sonstige: _____

mit Abschluss

ohne Abschluss

Abgang aus Klasse: _____

Versetzt in Klasse: _____

Datum Abschluss- oder Abgangszeugnis: _____

Weitere Aufnahmevoraussetzung

Praktikumsstelle für das schulisch begleitete Vorpraktikum:

(bitte vollständige Anschrift der Einrichtung angeben, keine Verwaltungs- oder Behördenadresse)

Name der Praxiseinrichtung: _____

Straße und Hausnummer _____

PLZ und Ort _____

Erforderliche Bewerbungsunterlagen

- Die erforderlichen Nachweise der Zugangsvoraussetzung in beglaubigter Kopie.
- Ein vollständiger und aktueller Lebenslauf mit der Darstellung des Bildungs- und Berufsweges.
- Ein ärztliches Zeugnis (**Original**) zum Nachweis der gesundheitlichen Eignung, **dessen Ausstellung bei Schulbeginn nicht länger als drei Monate zurückliegt** (kann nachgereicht werden).
- Die Vorlage eines erweiterten Führungszeugnisses (Belegart NE, **Original**), **dessen Ausstellung bei Schulbeginn nicht länger als drei Monate zurückliegt** (kann nachgereicht werden).
- Ein Nachweis gemäß Masernschutzgesetz.

Ich beantrage eine Aufnahme und versichere, dass ich die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen vollständig und richtig gemacht habe. Es ist mir bekannt, dass mit der Anmeldung die Aufnahme in der Schule noch nicht erfolgt ist. Die Aufnahme erfolgt **unter Vorbehalt** der **Vollständigkeit** der Unterlagen. Ich werde diese Anmeldung sofort widerrufen, wenn ich mich für eine Alternative entschieden habe.

Kennntnisnahme:

Unsere Schule wird von Schulhunden begleitet. Vorschriftsmäßige Kontakt- und Hygieneregeln sind getroffen.

Ort und Datum

Unterschrift Bewerber/-in

Unterschrift Sorgeberechtigte/r

X

X
