

Fachschule für Sozialpädagogik Teilzeitausbildung

Oberlin-Seminar

Fragebogen

für die schulische Ausbildung benötigen wir noch ein paar Angaben

Persönliche Informationen			
Name der Schülerin / des Schülers:		Nachname	Vorname
Staatsangehörigkeit			
Konfession			
Geburtstag (TT/MM/JJJJ)			
Adresse			
Telefon			
Handy			
Email:			
Angehörige			
Name Vater			
Adresse			
Telefon			
Beruf			
Name Mutter			
Adresse			
Telefon			
Beruf			
Name Ehepartner			
Adresse			
Telefon			
Beruf			
Schulgeldpflichtig			
Vater	Mutter	EhepartnerIn	Sonstige
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen für den Notfall			
Name der Kontaktperson(en) für den Notfall		Name	Nummer

Hiermit erkläre ich, dass ich bei der _____ Krankenversicherung versichert bin.

Ich versichere, dass ich von keiner anderen Fachschule ausgeschlossen wurde.

Datum:

Unterschrift

Unser Träger