

Schülerstammblatt

1. Grunddaten

Name:	Vorname:	Geburtsname:	Geschlecht:	Staatsangehörigkeit:	Religion:
.....
Anschrift:			Geburtsdatum:		
Straße:			Geburtsort:		
PLZ, Ort:			Telefon-Nr.:		
Landkreis:			Handy-Nr.:		
Erziehungsberechtigte/Ansprechpartner			Telefon:		
Vorname Name:			<input type="checkbox"/> Mutter		
Straße:			<input type="checkbox"/> Ansprechpartner		
PLZ, Ort:			<input type="checkbox"/> Vater		
			<input type="checkbox"/>		

2. Schulischer Werdegang

Einschulungsjahr: (1. Klasse)
Entlassungsjahr: (aus Allgemeinbildung)
Schul- und/oder Ausbildungsabschlüsse:
<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss
<input type="checkbox"/> Abschluss der Schule für Lernbehinderte
<input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss
<input type="checkbox"/> qualifizierter Hauptschulabschluss
<input type="checkbox"/> Realschulabschluss
<input type="checkbox"/> erweiterter Realschulabschluss
<input type="checkbox"/> Gymnasialabschluss
<input type="checkbox"/> sonstige Abschlüsse:
<input type="checkbox"/> Berufsabschluss:
Name und Ort der zuletzt besuchten Schule:
Schulform:
<input type="checkbox"/> Lernbehinderten Schule
<input type="checkbox"/> Sekundarschule
<input type="checkbox"/> Gesamtschule
<input type="checkbox"/> Gymnasium
<input type="checkbox"/> Berufsbildende Schule, Klasse:
ich war <u>im vergangenen</u> Schuljahr:
<input type="checkbox"/> Schüler/-in
<input type="checkbox"/> Auszubildende/-r
<input type="checkbox"/> Wehr-/Zivildienst
<input type="checkbox"/> geförderte Maßnahme
<input type="checkbox"/> Erwerbstätig
<input type="checkbox"/> Erwerbslos
<input type="checkbox"/>
Art des letzten Zeugnisses
<input type="checkbox"/> Abschluss
<input type="checkbox"/> Abgang
<input type="checkbox"/> Ausbildungsabbruch

3. Aktuelle Aufnahmedaten

Aufnahmedaten:
Ausbildung
von:
bis:
Bemerkung:
.....
Ausbildungsberuf / Fachrichtung:
.....
.....
Klasse:
Klassenleiter:
geförderte Maßnahme:
<input type="checkbox"/> § 241
<input type="checkbox"/> § 48
<input type="checkbox"/> Apo
<input type="checkbox"/> Umschüler
Ausbildungsbetrieb:
Name:
.....
Straße:
PLZ, Ort:
Tel.:
FAX:
Landkreis: