



**Berufsoberschule - Gesundheit und Soziales -**

Name: _____ <small>(ggf. auch Geburtsname)</small>	Vorname: _____
geboren am: _____	Geburtsort: _____
Familienstand:          ledig          verheiratet	

<b>Wohnung:</b>	Wohnort (mit PLZ): _____
	Straße und Haus-Nr.: _____
	Region Hannover
	Landkreis oder kreisfreie Stadt: _____ <small>wenn nicht Niedersachsen, auch Bundesland</small>
	Telefon (Festnetz): _____ Handy: _____
	E-Mail-Adresse: _____

**Staatsangehörigkeit:** \_\_\_\_\_ **Muttersprache:** \_\_\_\_\_

**Konfession:** ev.    kath.    islam.    sonstige (bitte angeben)    ohne    **Geschlecht:** weibl.    männl.

**Schulische Vorbildung:** (zuletzt besuchte Schulform und zuletzt erreichter Abschluss)

**Herkunft:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Einjährige Berufsfachschule  | <input type="checkbox"/> Fachschule               | <input type="checkbox"/> Schule neue Bundesländer  |
| <input type="checkbox"/> Zweijährige Berufsfachschule | <input type="checkbox"/> Gymnasium                | <input type="checkbox"/> Kooperative Gesamtschule  |
| <input type="checkbox"/> Berufliches Gymnasium        | <input type="checkbox"/> Integrierte Gesamtschule | <input type="checkbox"/> Hauptschule 10. Klasse    |
| <input type="checkbox"/> Fachoberschule               | <input type="checkbox"/> Realschule               | <input type="checkbox"/> sonstige Schulform: _____ |
|   | <input type="checkbox"/> Oberschule               |  |

**Abschluss:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Realschulabschluss (Sek. I)        | <input type="checkbox"/> allgemeine Hochschulreife                         |
| <input type="checkbox"/> Erw. Sek.-I-Abschluss              | <input type="checkbox"/> ausländischer Schulabschluss                      |
| <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife                 | <input type="checkbox"/> sonstiger Schulabschluss:<br>bitte angeben: _____ |
| <input type="checkbox"/> schul. Teil der Fachhochschulreife |  |

Angaben über fremdsprachliche Kenntnisse: \_\_\_\_\_

Berufsziel: \_\_\_\_\_

**Personensorgeberechtigte/r (bzw. Notfalladresse bei volljähriger Bewerberin/volljährigem Bewerber)**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Erziehungsverhältnis:  Mutter /  Vater /  Eltern /  Betreuer /  sonst. Erziehungsverhältnis

Anschrift wie oben: ja:    nein: :    wenn nein, andere Anschrift:

Wohnort (mit PLZ): \_\_\_\_\_

Straße und Haus-Nr.: \_\_\_\_\_ Tel./Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Bewerberin/  
des Bewerbers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte/r  
(BAföG: Elternunterschrift auch bei Volljährigkeit)