



Fachoberschule Gesundheit und Soziales
Schwerpunkt **Gesundheit-Pflege**, Klasse **11**

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

Wohnung: Wohnort (mit PLZ): _____
Straße und Haus-Nr.: _____
Region Hannover
Landkreis oder kreisfreie Stadt: _____
wenn nicht Niedersachsen, auch Bundesland
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:
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)