



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

Name:  
(ggf. auch  
Geburtsname) \_\_\_\_\_

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

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. div.

**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)**

**Person 1:** Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

Straße und Haus-Nr., Wohnort (mit PLZ): \_\_\_\_\_

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

Tel./Handy: \* \_\_\_\_\_

**Person 2:** Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

Straße und Haus-Nr., Wohnort (mit PLZ): \_\_\_\_\_

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

Tel./Handy: \* \_\_\_\_\_

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

Unterschrift der Bewerberin/  
des Bewerbers

Unterschrift  
1. Personensorgeberechtigte/r

Unterschrift  
2. Personensorgeberechtigte/r

\* = freiwillige Angaben; Für diese Angaben besteht ein Widerrufsrecht.

Erklärung zum Datenschutz: Dieser Aufnahmebogen enthält personenbezogene Daten der Schülerinnen und Schüler und der Erziehungsberechtigten, die gemäß § 31 Niedersächsisches Schulgesetz (NSchG) erhoben werden. Gemäß Art. 13 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie zum Zeitpunkt der Erhebung dieser Daten über bestimmte datenschutzrechtliche Bestimmungen zu informieren. Diese Informationen finden Sie in Papierform im Sekretariat.