|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anmeldebogen Berufsberatung** | | | | | | | | | |
| **Persönliche Daten** | | | | | | | | |  |
| **Nachname:**  Geburtsname:\*  (sofern abweichend vom | …………………………………………………………………………………………………  \*Angabe nur erforderlich bei Abweichung vom Nachnamen  :::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::::……………………………………………………………. | | | | | | | | |
| **Vorname:** | …………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | |
| **Geburtsdatum**: |  | | | | **Geburtsort:** | | ……………………………………… | | |
| Tag Monat Jahr | | | |
| Geschlecht: | | männlich | | weiblich Familienstand: | | | | ……………………………………. | |
| Nationalität 🌍 | | | ………………………………………………………………………………………………. | | | | | | |
| **Adresse 📫** | | |  | | | | | | |
| Postleitzahl: | | | ………………………………………………………………………………………………. | | | | | | |
| Ort: | | | ………………………………………………………………………………………………. | | | | | | |
| Straße/Hausnr.: | | ……………………………….………………………………………………………… | | | | | | | |
| **Telefon:** | | |  | | | | | | |
| Festnetz 🕾 | | | ………………………………………………………………………………………………. | | | | | | |
| Handy 🖁 | | | ………………………………………………………………………………………………. | | | | | | |
| E-Mail 🖳 | | | ………………………………………………………………………………………………. | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Schulische Daten** | | | | | | | | | |
| **Name der Schule:** | | | ……………………………………… | | | Ort: ………Magdeburg……………………… | | | |
| Klasse: | | | ………………………………………. | | |  | | | |
|  | | | von: ..………………………………. | | | bis: .…………………………………………. | | | |
| Erwarteter Abschluss: | | | 🗆 Ohne Schulabschluss | | | 🗆 Hauptschulabschluss | | | |
| 🗆 Realschulabschluss | | | 🗆 Fachhochschulreife | | | |
| 🗆 Abitur | | |  | | | |
| Schulabschluss im Jahre: | | | ………………………………………. | | |  | | | |
| **Was möchten Sie mit Ihrer Beraterin/Ihrem Berater besprechen?** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Ort Unterschrift