

Anmeldebogen für Jugendliche(r)

Angaben zu meiner Person

Vorname/Name :			
Geburtsdatum:		Geburtsland:	Nationalität:
Telefon/Handy/ Email:			@
Adresse:			
Name und Anschrift meiner Schule:			
Bisherige Kontakte zu anderen Beratungseinrichtungen/ Therapien? Was und wann?			

Angaben zu meiner Familie

Das Sorgerecht ist bei:	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/>
Ich lebe bei:	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> im Wechselmodell
Eltern leben:	<input type="checkbox"/> zusammen seit:..... <input type="checkbox"/> verheiratet seit:..... <input type="checkbox"/> getrennt seit:..... <input type="checkbox"/> geschieden seit: <input type="checkbox"/> mit neuem/r Lebenspartner/in seit:.....

Angaben zu meinen Eltern

Vorname/Name der Mutter:			
Geburtsdatum:		Geburtsland:	Nationalität:
Telefon/Email:			@
Adresse:			
Beruf:	Aktuelle Tätigkeit:		
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> geringfügig Beschäftigt <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> Hausfrau <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> in Ausbildung/Umschulung			

Vorname/Name des Vaters:			
Geburtsdatum:		Geburtsland:	Nationalität:
Telefon/Email:			@
Adresse:			
Beruf:	Aktuelle Tätigkeit:		
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> geringfügig Beschäftigt <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> Hausmann <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> in Ausbildung/Umschulung			

Angaben zur Stieffamilie eheähnlichen Lebensgemeinschaft Pflegefamilie

Name der Partnerin, Stief- oder Pflegemutter:			
Geburtsdatum:		Geburtsland:	Nationalität:
Beruf:	Aktuelle Tätigkeit:		
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> geringfügig Beschäftigt <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> Hausfrau <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> in Ausbildung/Umschulung			

Name des Partners, Stief- oder Pflegevaters:			
Geburtsdatum:		Geburtsland:	Nationalität:
Beruf:	Aktuelle Tätigkeit:		
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> geringfügig <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> Hausmann <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> in Ausbildung/Umschulung			

Bitte gebe dich selbst und deine Geschwister in der Reihenfolge der Geburtsjahre an:

Name, Vorname	Geburtsdatum:
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

Meine Schule / Einrichtung und die meiner Geschwister:

Bitte setz die obige Nummer des jeweiligen Geschwisterteiles vor die Einrichtung, die es besucht

	Keine institutionelle Einrichtung		Berufsausbildung
	Kindertagesstätte		Fachober-, Fachschule, Berufskolleg
	Grundschule		Bundesfreiwilligen Dienst, Wehrdienst
	Förderschule		Qualifizierungsmaßnahme
	Hauptschule		Fachhochschule, Universität
	Realschule		Berufstätigkeit
	Gymnasium		Arbeitslosigkeit
	Gesamtschule		Sonstiges

davon Ganztagschulen:

Die Informationen zum Datenschutz und zur Schweigepflicht habe ich zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der vertraulichen Aufbewahrung meiner Daten durch die Erziehungs- und Familienberatungsstelle des Kreises Euskirchen über die Dauer von 3 Jahren einverstanden.

Name in Druckschrift: _____

Euskirchen,
(Ort, Datum)

(Unterschrift)