

Nur vom Ausbildungszentrum auszufüllen:

Eingang: ..... Erfasst: .....

AG .....  nein  WL am .....

Zusage Klasse ..... am .....

Info1. Schultag ..... Abgem.am: .....

## Anmeldung Schuljahr 2025/26

### Behindertenbegleitung (BB) - Berufsbegleitende Ausbildung

- Fach-Sozialbetreuer\*in BB** inkl. UBV Modul, 6 Semester  
 **Diplom-Sozialbetreuer\*in BB**, 2 Semester (Fachabschluss Voraussetzung)

Familiennamen		Vorname(n)	
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers		Sozialversicherungsnummer	
Geburtsdatum	Geburtsort	Alltagssprache	Erstsprache
Staatsbürgerschaft		Religionszugehörigkeit	
Hauptwohnsitz: Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
Telefonnummer		Aktuelle Email-Adresse	
Höchster erfolgreicher Schulabschluss (Abschluss 9. Schulstufe oder Vorbereitungslehrgang oder Pflichtschulabschluss)		Berufsausbildung	

### Beizulegende Unterlagen:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> aktueller Lebenslauf        | <input type="checkbox"/> ärztliches Attest (siehe Anhang)  |
| <input type="checkbox"/> Zeugnis letzte Schulstufe   | <input type="checkbox"/> <u>allgemeiner</u> Auszug aus dem Strafregister<br>(nicht älter als 7 Tage zum Zeitpunkt der Anmeldung) |
| <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde              | <input type="checkbox"/> Kopie Meldezettel   |
| <input type="checkbox"/> Staatsbürgerschaftsnachweis | <input type="checkbox"/> Sprachdiplom B1 bei nicht deutscher Muttersprache   |

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der Angaben und gebe Änderungen umgehend schriftlich dem Ausbildungszentrum bekannt.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Bewerber\*in

Ärztliches Attest zur Vorlage bei Hausärzt\*in

Name: .....

Geburtsdatum: ..... SV-Nr. ....

Sehvermögen: ..... Hörvermögen: .....

Bewegungsapparat (Wirbelsäule, Gelenke): .....

.....

Herz-Kreislauf-Lungenfunktion: .....

.....

Hautprobleme:  nein  ja welche: .....

Allergien:  nein  ja welche: .....

Psychische Belastbarkeit : .....

.....

Sonstige relevante Beeinträchtigungen oder Krankheiten:

.....

.....

.....

.....

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel und Unterschrift  
untersuchende Ärztin/untersuchender Arzt