

# **Josef-Wilhelm-Schule**

der Liebenau Berufsbildungswerk gGmbH

Staatlich anerkannte private Ersatzschule

Schwanenstr. 92 88214 Ravensburg

Tel.: 0751 / 3555-6202 Mail: katinka.pfluger@stiftung-liebenau.de



## **Antrag auf Anmeldung für das Vorqualifizierungsjahr Arbeit/Beruf (SVAB) für das Schuljahr \_\_\_\_ / \_\_\_\_**

Bitte lesbar ausfüllen

zur internen Verwendung  WH  ASS  Schulpflicht

### **Teilnehmerdaten**

weiblich

männlich

divers

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Bundesland des Geburtsorts

Geburtsland

Straße

PLZ/Ort

Religion

Nationalität

Muttersprache

Telefon/Mobil

Emailadresse

Feststellungsbescheid vorhanden (bitte beifügen, auch wenn dieser bereits abgelaufen ist)

Unterkunft bei Eltern

Unterkunft bei Pflegefamilie

Wohnheimunterkunft (wird angestrebt)

Zuständiges Jugendamt:

Erziehungsberechtigte/r	Vater	Mutter	Vormund
Name			
Vorname			
Straße			
PLZ, Ort			
Telefon/Mobil			
Emailadresse			

### **Bisher besuchte Schulen**

von	bis	Name der Schule	Ort

# Josef-Wilhelm-Schule

der Liebenau Berufsbildungswerk gGmbH

Staatlich anerkannte private Ersatzschule

Schwanenstr. 92 88214 Ravensburg

Tel.: 0751 / 3555-6202 Mail: katinka.pfluger@stiftung-liebenau.de



Zuletzt besuchte Schule ist/war:

SBBZ       Gemeinschaftsschule       WRS       Realschule       sonstige Schule

Zuletzt besuchte Klasse ist/war:

Klasse 7       Klasse 8       Klasse 9       Klasse 10       S-VAB

Erreichter/geplanter Schulabschluss:

Förderschulabschluss       Hauptschulabschluss       Realschulabschluss       S-VAB-Abschluss

Wird der Hauptschulabschluss im VAB angestrebt?       ja       nein

Ich bin einverstanden, dass die abgebende Schule der Josef-Wilhelm-Schule Auskünfte über meine Leistungen, die Mitarbeit und das Verhalten in der Schule geben darf:

ja       nein

Sprachstand deutsch       gut       mittel       nicht ausreichend

Berufswunsch:       Ich weiß noch nicht

Wunschberuf Nr. 1:      Wunschberuf Nr. 2:

Gesundheitliche Einschränkungen/Diagnosen.

Angabe ist zwingend erforderlich, ggf. bitte ankreuzen und beschreiben

Ihre Angaben bleiben vertraulich und dienen dazu, Ihnen und Ihrem Kind passende Unterstützungsangebote zu unterbreiten zu können. Diese stellen kein Ausschlusskriterium dar.

körperlich:

psychisch:

Medikation:

Autismus-Spektrum

Zuständige Agentur für Arbeit

Name der Berufsberaterin / des Berufsberaters:

Bitte legen Sie folgende Unterlagen bei:

1. Kopien des letzten Jahreszeugnisses und des letzten Halbjahreszeugnisses
2. Lebenslauf mit Lichtbild (Lichtbild für Schülerausweis erforderlich)
3. Sonstige Unterlagen wie Praktikumsbeurteilung usw., sofern vorhanden
4. ggf. alle Diagnosen, Gutachten, Medizinische Berichte, Feststellungsbescheid

Ort, Datum

Unterschrift anmeldender Schüler/in

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters