



Stempel

**Stammdaten**

**AA-Kunden-Nr.:**

Datum des Erstgespräches: \_\_\_\_\_ Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Durchwahl Tel.: . \_\_\_\_\_

Praktikant: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Datum des Eintritts in die Maßnahme: \_\_\_\_\_

**Teilnehmerdaten:**

**m**  **w**

**Nachname** \_\_\_\_\_ **Vorname** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_ **Geburtsort** \_\_\_\_\_

**Religion** \_\_\_\_\_ **Nationalität** \_\_\_\_\_

**Muttersprache** \_\_\_\_\_

**Aufenthaltsstatus** \_\_\_\_\_ **bis** \_\_\_\_\_

**Einreisedatum** \_\_\_\_\_ **Arbeitserlaubnis bis** \_\_\_\_\_

**Familienstand** \_\_\_\_\_ **Name des Partners** \_\_\_\_\_

**Adresse** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_ **Handy** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse** \_\_\_\_\_ **eigene Kinder** \_\_\_\_\_

**Mutter** Nach- u. Vorname \_\_\_\_\_ **Tel.-Nr.:** \_\_\_\_\_

**Nationalität/Einreise** \_\_\_\_\_ **Arbeitgeber** \_\_\_\_\_

**Vater** Nach- u. Vorname \_\_\_\_\_ **Tel.Nr.:** \_\_\_\_\_

**Nationalität/Einreise** \_\_\_\_\_ **Arbeitgeber** \_\_\_\_\_

**oder andere Erziehungsberechtigte:** \_\_\_\_\_

**Geschwister** Anzahl \_\_\_\_\_ **w:** \_\_\_\_\_ **m:** \_\_\_\_\_

**Schulbesuche** (Jahre/Schultyp/Ort/Land): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Abschluss/Abgang:** \_\_\_\_\_

**Schulbiografie** Besonderheiten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Praktika:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Beruflicher Werdegang:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Berufswunsch:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Gesundheit** Einschränkungen/Medikamenteneinnahme: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Vermittlung** an uns durch, Name: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Bemerkungen/weitere Vorgehensweise:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_