

Persönliche Angaben

Name:..... Vorname:.....
Geschlecht:..... Alter:.....
Geburtsdatum:..... Geburtsort:.....
Straße:..... PLZ, Wohnort:.....
Tel. Eltern:..... Tel. Schüler*in:.....
Emailadresse (Eltern):.....
Emailadresse (Schüler*in):.....
Nationalität:..... Staatsangehörigkeit:.....
Aufenthaltsstatus:..... (für Schüler*innen mit Migrationshintergrund)

Wer ist sorgeberechtigt, wenn Schüler*in noch nicht volljährig? (Name und Anschrift)

.....
.....

Angaben zur Familie (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Eltern: berufstätig: Mutter Vater
Beruf:
arbeitslos Mutter Vater
seit:
Verhältnis zu den Eltern:

Geschwister: ja nein Anzahl:

Verhältnis zu Geschwistern:

Angaben zur sozialen Situation (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Betreuung durch Jugendamt: ja nein

(wenn ja) Name von Betreuer*in:

Bildung und Teilhabe (BuT): ja nein

Familiäre Hilfen zur Erziehung (HzE): ja nein

(wenn ja) Name von Betreuer*in + Träger:

- Wohnsituation:**
- bei Eltern
 - bei Partner*in
 - in Wohngemeinschaft (WG)
 - allein
 - bei Angehörigen

Sonstiges:

Bist du schon (oft) umgezogen? ja nein Anzahl:

Hast du schon (oft) im Heim gewohnt? ja nein Anzahl:

- Soziale Kontakte:**
- feste*r Freund*innen
 - viele Bekanntschaften
 - feste Clique
 - wenig gute Freund*innen
 - Einzelgänger*in

- Unternehmungen:**
- viel unterwegs Wo?:.....
 - meist zu Hause

Vorstrafen/ laufende Verfahren: ja nein (Briefverkehr in Kopie)

(wenn ja) Was für Verfahren:

.....

Interessen und Hobbys:

.....

Körperliche Gesundheit

Gibt es gesundheitliche Einschränkungen? nein ja

Wenn ja, welche?

(Regelmäßige Medikation!)

(Was ist zu beachten!?)

Therapeutische Begleitung seit: durch:
(Datum Therapiebeginn, Name der Therapeut*innen)

Psychische Gesundheit

Gibt es gesundheitliche Einschränkungen? nein ja

Wenn ja, welche?

(Regelmäßige Medikation!)

(Was ist zu beachten!?)

Therapeutische Begleitung seit: durch:
(Datum Therapiebeginn, Name der Therapeut*innen)

Schulbildung

Stammschule:

Stammklasse:

Klassenlehrer*innen:

Schulische Ansprechpartner*innen:

Aktuell Fehltage/Fehlstunden: nein ja

Wenn ja, Anzahl: Tage:..... Stunden:.....

Ursachen/ Gründe für Fehlzeiten:

.....

bisherige Praktika:

(Zeitraum, Wo?)

.....

Einschätzung Leistungsvermögen:

(vom Anbieter des Praktikums)

Perspektiven

Ziele:

.....

.....

In folgenden Berufsfeldern **kann ich mir** vorstellen eine Ausbildung zu beginnen:

- (1).....
- (2).....
- (3).....

In folgenden Berufsfeldern **kann ich mir überhaupt nicht** vorstellen eine Ausbildung zu beginnen:

- (1).....
- (2).....
- (3).....

In folgenden Bereichen **kann ich mir** vorstellen mich freiwillig zu engagieren:

- (1).....
- (2).....
- (3).....

Persönliche Ressourcen

Persönliche Stärken/Schwächen/Charaktereigenschaften:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Verhaltensauffälligkeiten/ bestehende medizinische Diagnosen oder Nachteilsausgleiche:

.....

.....

.....

Ort, Datum, Unterschrift Personensorgeberechtigte*r/ zuständige Bezugsbetreuer*in