



HUMAN-CARE

Die bessere

Aufnahmebogen (Volljährig)

Vor- und Nachname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Religion: _____

Notfallrufnummer: _____

Informationen zur Unterkunft

Zimmer/Wohnung: _____

Aufenthaltszeitraum: _____

Informationen zur Schule

Schule: _____

Klasse: _____

Klassenlehrer: _____

Informationen zum Betrieb

Ausbildungsstätte: _____

Zuständiger Ausbilder: _____

Telefon: _____

Gesundheitsdaten

Derzeit bekannte Krankheit/en:

Medikamente: _____

Allergien: _____

Ort, Datum

Unterschrift