

# L e b e n s l a u f

<b>Name:</b>			
<b>Vorname(n):</b>			
<b>geb. am:</b>		<b>Geburtsort:</b>	
<b>Wohnort:</b>			
<b>Straße:</b>			
<b>Telefon:</b>	<b>Festnetz:</b>	<b>Mobil:</b>	
<b>Konfession:</b>			
<b>Name/n des/der Erziehungsberechtigten:</b>			
<b>Jahr der Einschulung in der Grundschule:</b>			

<b>Schulbesuche</b>				
	Bezeichnung der Schule	Ort	von	bis
<b>1.</b>				
<b>2.</b>				
<b>3.</b>				
<b>4.</b>				

<b>Schulabschluss:</b>		
<b>Berufswunsch:</b>		
<b>Berufsausbildung:</b>		
<b>Datum der Prüfung:</b>		
<b>Berufsbezeichnung:</b>		
<b>Praktika</b> (Einrichtung/Betrieb):		
1.	2.	
3.	4.	
5.	6.	
<b>Bemerkungen</b> (z.B. Waise, Pflegeeltern, Beeinträchtigung, Bundeswehr, Zivildienst, Freiwilliges Soziales Jahr, Hobbys usw.)		

\_\_\_\_\_

Datum/Ort

\_\_\_\_\_

Unterschrift