



Personalbogen



- Blockschülerin JWH Marienherberge, Goethestr. 9
- Dauerbewohnerin JWH Marienheim, Schellingstr. 47
- Kurzzeitbewohnerin JWH Maria-Theresia, Pestalozzistr. 1
(ab 4 Wochen bis max. 3 Monate)

Name: _____ Vorname: _____

Geburtstag: _____ Geburtsort: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort/Land: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Religion: _____

Schulabschluss: _____

Personalausweis-/Reisepass Nr.: _____

Einzugsdatum (Dauerbewohnerin/Kurzzeit): _____

Datum 1. Block (Blockschülerin): _____

Ausbildungsberuf: _____

Berufsschule: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ AnsprechpartnerIn: _____

Schuljahr und Klasse: _____

Ausbildungsbetrieb: _____

Anschrift: _____

Regierungsbezirk: _____

Telefon: _____ AnsprechpartnerIn: _____

Eltern/Erziehungsberechtigte:

Name: _____

Name: _____

Vorname: _____

Vorname: _____

Telefon: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Handy: _____

Woher kennst du unser Wohnheim?

Ich bin damit einverstanden, dass Fotografien von mir IN VIA-intern (Dokumente, Berichte, etc.) veröffentlicht werden:

JA

NEIN

Ich bin damit einverstanden, dass Fotografien von mir IN VIA-extern (Flyer, Broschüren, Homepage etc.) veröffentlicht werden:

JA

NEIN

Datenschutz: Wir sind durch die kontrollierende Behörde (Heimaufsicht) verpflichtet, Heimakten zu führen. Informationen werden ausschließlich zum Dienstgebrauch verwendet.

Ich bestätige, dass alle Angaben wahrheitsgemäß angegeben wurden.

Mir ist bekannt, dass das Wohnheim bei unwahren Angaben zur Auflösung des Wohnheimvertrages berechtigt ist.

München, den _____

Unterschrift Bewohnerin

Unterschrift Erziehungsberechtigte

(bei Minderjährigen)



NOTFALLBOGEN

Diese Angaben werden vertraulich behandelt und nur im **Notfall** dem Arzt/Krankenhaus mitgeteilt.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtstag: _____ Anschrift: _____

Gesetzlicher Vertreter: _____

Im Notfall zu verständigen:

Name: _____ Vorname: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Anschrift: _____

Hausarzt: _____ Tel.: _____ in: _____

Krankenkasse: _____ in: _____

pflicht- freiwillig- familien- privat-versichert

Erkrankungen: _____

Allergien: _____

Medikamente: _____

Sonstiges: _____

München, den _____

Unterschrift Bewohnerin

Unterschrift Erziehungsberechtigte

(bei Minderjährigen)