

Bewerbungsformular

Fachfrau/Fachmann Betreuung EFZ (FaBe)

**Personalien**

|  |  |
| --- | --- |
| **Anrede** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Name** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Vorname** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Strasse** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **PLZ/Ort/Kanton** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefon / Handy** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Heimatort/Kanton** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **E-Mail** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Geburtsdatum** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **AHV-Nr.** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Gewünschter Ausbildungsbeginn** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Institution/Lehrbetrieb** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Zusätzliche Angaben**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nationalität** |  |
| **Bei ausländischer Staatsangehörigkeit: Aufenthaltsbewilligung** |  |
| **Muttersprache** |  |
| **Zivilstand** |  |
| **Kinder** |  |

**Adresse der Eltern oder der sorgeberechtigten Person:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name/Vorname** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Strasse** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **PLZ/Ort** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefon** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Beruf** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Besuchte Schulen**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Kanton** | **Anzahl Jahre** | **von** | **bis** |
| **Primarschule** |  |  |  |  |
| **Realschule** |  |  |  |  |
| **Sekundarschule** |  |  |  |  |
| **Bezirksschule** |  |  |  |  |
| **Fachmittelschule** |  |  |  |  |
| **Maturitätsschule** |  |  |  |  |
| **Andere Schulen:** |  |  |  |  |

**Referenzadresse (1): Lehrerin / Lehrer**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name/Vorname** |  |
| **Strasse** |  |
| **PLZ/Ort** |  |
| **Telefon** |  |
| **E-Mail** |  |

**Referenzadresse (2): beliebige Person**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name/Vorname** |  |
| **Strasse** |  |
| **PLZ/Ort** |  |
| **Telefon** |  |
| **E-Mail** |  |
| **Beziehung zur Referenzperson** |  |

**Wie haben Sie sich über den Beruf orientiert; welche Schritte haben Sie bis jetzt unternommen?**

**unternommen?**

|  |
| --- |
|  |
| **Schnupperwoche:** |

|  |
| --- |
| Beim Aufstehen haben Sie den Eindruck, dass der Tag nicht gut wird. Und tatsächlich, es läuft alles schief. Wie gehen Sie damit um? |

|  |
| --- |
| Was stresst Sie?Wie gehen Sie damit um? |

Datum:

**Der Anmeldung bitte beilegen:**

* **Bewerbungsschreiben**: Daraus soll hervorgehen, welche Verbindungen Sie zum gewünschten Beruf haben und aus welchen Motiven Sie diesen Beruf erlernen wollen.
* **Lebenslauf**: Beschreiben Sie in Aufsatzform Ihre Herkunfts- und Familienverhältnisse, Freizeitbeschäfti- gungen, Fähigkeiten und Neigungen, Beziehungen und Verbindungen zum Beruf, Zukunftspläne

(max. 2 Seiten).

* **Schulzeugnisse der Oberstufe**
* **Check S2**
* **Berichte Schnupperwochen**
* **Digitales Foto**\*

*Von der Bildungskommission Gesundheit der OdA GS Aargau am 17. September 2014 verabschiedet. Angepasst am 04.05.2021.*