

Klienten Datenblatt

Eintrittsdatum: _____ geplante Dauer: _____

JUGENDLICHE / ER

Name:	_____	AHV-Nummer:	_____
Vorname:	_____	Geburtsdatum:	_____
Zivilr.Wohnsitz:	_____	Geschlecht:	_____
PLZ, Ort:	_____	Heimatort:	_____
Telefon:	_____	Nationalität:	_____
Email:	_____	Konfession:	_____
Krankenkasse:	_____	Haftpfl.-Vers.:	_____
KK-Nr.:	_____	Police-Nr.:	_____
Auslandschutz:	_____	Medikamente:	_____

Zuletzt besuchte Schulen _____

Ausbildungsplätze _____

ELTERN / SORGBERECHTIGTE

Mutter

Name: _____
Vorname: _____
Geb.Datum: _____
Beruf: _____
Zivilstand: _____
Nationalität: _____
Konfession: _____
Adresse: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

Vater

Name: _____
Vorname: _____
Geb.Datum: _____
Beruf: _____
Zivilstand: _____
Nationalität: _____
Konfession: _____
Adresse: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

Gesetzlicher Vertreter (evt. Vormund): _____

BISHER BETREUENDE EINRICHTUNG

Organisation: _____ Ansprechperson: _____
Adresse: _____ PLZ, Ort: _____

ZUWEISENDE STELLE

Organisation: _____
Adresse: _____
PLZ, Ort: _____
Ansprechperson: _____
Telefon: _____
Email: _____

AUFTRAGGEBER

Rechnungsstellung an: _____