

## Lernendenstammblatt

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse/ Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Muttersprache: \_\_\_\_\_

Heimatort: \_\_\_\_\_ Heimatkanton: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Natel: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ AHV-Nummer: \_\_\_\_\_  
falls vorhandenBeruf  
gemäss EFZ: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_

### Gesundheitliche Beeinträchtigungen

**Nein, bei mir liegt keine gesundheitliche Beeinträchtigung vor,  
welche meine Lehre betrifft.**

**Ja, ich habe eine gesundheitliche Beeinträchtigung und bin bereits mit der IV oder  
einer anderen Stelle in Kontakt.**

**Bezeichnung der Kontaktstelle:**

**Name/Vorname des Betreuungsperson:**

**Telefon:**

**Ja, ich habe eine gesundheitliche Beeinträchtigung, die meine Lehre oder die  
Schule beeinflussen kann. Ich möchte darüber mit meiner Lehrperson reden.**