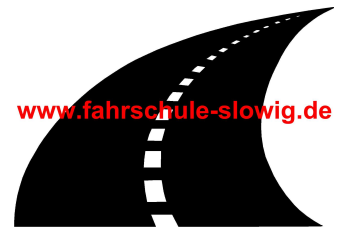


**Fahrschule Slowig GbR** Inh. Peter Slowig und Oliver Huth  
**Bad Orb – Oberndorf –Salmünster**

Martinusstr. 16, 63619 Bad Orb, Tel. 06052/919963, Fax 06052/928336  
Lohrer Str. 15, 63637 Oberndorf # Frankfurter Str. 52, Bad Soden-Salmünster  
[www.fahrschule-slowig.de](http://www.fahrschule-slowig.de) - Mail: [fahrschuleslowig@web.de](mailto:fahrschuleslowig@web.de)  
Konto: IBAN DE37507900000108533270, BIC GENODE51GEL



**Fahrschüler – Stammdaten**

Familienname: \_\_\_\_\_

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

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz und Handy: \_\_\_\_\_

e-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Körperliche Mängel: \_\_\_\_\_

Sehhilfe: \_\_\_\_\_

Ausbildungsbeginn: \_\_\_\_\_ gewünschte Klasse(n): \_\_\_\_\_

Lehrmaterial gewünscht: ja  nein  BF17 – Anzahl Begleiter: \_\_\_\_\_

Vorhandene Fahrerlaubnisklasse(n):

Klasse(n): \_\_\_\_\_

ausgestellt am: \_\_\_\_\_

Behörde/Amt: \_\_\_\_\_

Listen-Nr.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tag der Anmeldung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Fahrschüler  
(bzw. bei nicht Volljährigen eines Elternteils)