



Anmeldung zur Berufsschule

(Bitte nur in Blockschrift schreiben. Die grauen Felder werden von der Schule ausgefüllt.)

| BG | Beruf | Dauer | Klasse | KL | Datum Einschulung |
|----|-------|-------|--------|----|-------------------|
| | | | | | |

| | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|---|--|
| Name: | <input type="text"/> | Vorname: | <input type="text"/> |
| Geburtsdatum: | <input type="text"/> | Geburtsort: | <input type="text"/> |
| weiblich: <input type="checkbox"/> | männlich: <input type="checkbox"/> | Konfession/Religion: | <input type="text"/> |
| Staatsangehörigkeit | <input type="text"/> | Wenn Geburtsort im Ausland, Jahr der Einreise nach Deutschland: | <input type="text"/> |
| Straße: | <input type="text"/> | PLZ: | <input type="text"/> Ort: <input type="text"/> |
| Telefon: | <input type="text"/> | Ortsteil: | <input type="text"/> |
| Mobilfunk: | <input type="text"/> | E-Mail: | <input type="text"/> |

Erziehungsberechtigter

(bei Volljährigen bitte die Daten des Angehörigen eintragen, der im Notfall benachrichtigt werden soll)

| | | | |
|---|----------------------|------------|--|
| Name: | <input type="text"/> | Vorname: | <input type="text"/> |
| Anschrift wie oben <i>(falls abweichend, bitte in Folgezeilen eintragen)</i> | | | |
| Straße: | <input type="text"/> | PLZ: | <input type="text"/> Ort: <input type="text"/> |
| Telefon: | <input type="text"/> | Mobilfunk: | <input type="text"/> |

| | | | |
|---|----------------------|------------------------------|----------------------|
| Name und Ort der zuletzt besuchten Schule: | <input type="text"/> | Schulform: | <input type="text"/> |
| Klasse: | <input type="text"/> | Erreichter Abschluss: | <input type="text"/> |
| | | Monat/Jahr des Abschlusses: | <input type="text"/> |

| | |
|--|--------------------------|
| a. <input type="checkbox"/> Es besteht ein Ausbildungsvertrag, | Ausbildungsberuf: |
| b. <input type="checkbox"/> Es besteht ein anderer Vertrag | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Praktikum | |
| <input type="checkbox"/> Qualifizierungsmaßnahme (z. B. EQJ) | |

Wir bieten Berufsschulunterricht an zwei nicht aufeinander folgenden Werktagen an. Die Berufsschultage sind - unter Vorbehalt - frei wählbar (bitte ankreuzen):

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mo | Di | Mi | Do | Fr |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|-----------------------|----------------------|---------------------|----------------------|--------|----------------------------|
| Beginn gemäß Vertrag: | <input type="text"/> | Ende gemäß Vertrag: | <input type="text"/> | Dauer: | <input type="text"/> Jahre |
|-----------------------|----------------------|---------------------|----------------------|--------|----------------------------|

| | | | |
|----------------------------|----------------------|--------------------------------------|--|
| Ausbildungsbetrieb: | <input type="text"/> | Name der Ausbilderin/des Ausbilders: | <input type="text"/> |
| Straße: | <input type="text"/> | PLZ: | <input type="text"/> Ort: <input type="text"/> |
| Telefon: | <input type="text"/> | Fax: | <input type="text"/> |
| Mobilfunk: | <input type="text"/> | E-Mail: (Ausbilderin / Ausbilder) | <input type="text"/> |

| | | | |
|---|----------------------|------|--|
| Zentralverwaltung (ggf. abweichender Name): | <input type="text"/> | | |
| Straße: | <input type="text"/> | PLZ: | <input type="text"/> Ort: <input type="text"/> |

Datum

Unterschrift/Stempel