

Anmeldung zum Besuch der Berufsschule

Der Antrag ist sorgfältig, vollständig und deutlich lesbar in Blockschrift auszufüllen.

Angaben zur Person	Familienname: _____	Vorname: _____
	Geschlecht laut Ausweis: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	
	Geburtsdatum: _____	Geburtsort: _____
	Geburtsland: _____	Herkunftsland: _____
	Muttersprache: _____	In Deutschland seit: _____
	Staatsangehörigkeit: _____	Religion/Konfession: _____
	Straße / Nr.: _____	PLZ / Wohnort: _____ / _____
	Festnetznummer: _____ / _____	Mobilnummer: _____ / _____
	E-Mail: _____	

Sorgeberechtigte	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Betreuer/in	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vormund
	Familienname: _____	Familienname: _____
	Vorname: _____	Vorname: _____
	Straße / Nr.: _____	Straße / Nr.: _____
	PLZ / Wohnort: _____ / _____	PLZ / Wohnort: _____ / _____
	Telefon (privat): _____ / _____	Telefon (privat): _____ / _____
	Mobilnummer: _____ / _____	Mobilnummer: _____ / _____
E-Mail: _____	E-Mail: _____	

Schulausbildung	Datum der Ersteinschulung in die Grundschule: _____
	Höchste schulische Vorbildung:
	<input type="checkbox"/> ohne Berufsreife <input type="checkbox"/> besondere Form der Berufsreife <input type="checkbox"/> Berufsreife /Hauptschulabschluss
	<input type="checkbox"/> Fachhochschulreife (schulischer Teil) <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife (schulischer + praktischer Teil)
	<input type="checkbox"/> Qualifizierter Sekundarabschluss I <input type="checkbox"/> Allgemeine Hochschulreife
	Zuletzt besuchte Schule: _____
Schulform: <input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Realschule plus <input type="checkbox"/> IGS <input type="checkbox"/> Sonstige _____	
<input type="checkbox"/> Berufsbildende Schule <input type="checkbox"/> Gymnasium	
Zuletzt besuchte Klassenstufe (8-10): _____ Bei BF1 und BF2 ist als letzte Klassenstufe eine 1 einzutragen.	

Ausbildung	Ausbildungsberuf: _____
	Ausbildungsbeginn: _____ Ausbildungsende: _____ Dauer: _____ Jahre
	Ausbildungsbetrieb: _____
	Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____
	Telefon: _____ E-Mail: _____
	Duales Studium: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein EQJ-Maßnahme <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Erklärung: Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten für schulinterne Zwecke elektronisch und in Papierform gespeichert werden.

- Ort -

- Datum -

- Unterschrift des Auszubildenden bzw. aller Sorgeberechtigten -

- Ort -

- Datum -

- Unterschrift des Auszubildenden & Stempel des Ausbildungsbetriebes -