

# Anmeldung

in die **Berufsschule**

Schuleintritt am: .....  
(wird von der Schule ausgefüllt)

## Schüler(in)

Name:	.....	Vorname:	.....
	Geschlecht <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.		
Geburtsdatum:	.....	Geburtsort:	.....
Straße:	.....	PLZ Ort:	.....
Ortsteil	.....	Kreis	.....
Telefon	.....	E-Mail	.....

## Ausbildungsdaten

Ausbildungsbetrieb (Vollständiger Name)	.....		
Straße:	.....	PLZ Ort:	.....
Telefon:	.....	Telefax:	.....
Ausbildungsleiter:	.....	E-Mail:	.....
<b>Ausbildungsberuf:</b>	.....		
<b>Ausbildungsbeginn:</b>	.....	<b>Ausbildungsende:</b>	.....
<b>Umschulung:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Zuständige Kammer:</b>	.....

## Vorbildung (alle bisherigen Vorbildungen ankreuzen bzw. eintragen)

Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/>	Mittlere Reife	<input type="checkbox"/>	Berufskolleg	<input type="checkbox"/>
Abschluss Berufsvorbereitungsjahr	<input type="checkbox"/>	Realschule	<input type="checkbox"/>	1-jährig (Berufskolleg I) .....	<input type="checkbox"/>
Abschluss Berufseinstiegsjahr	<input type="checkbox"/>	Werkrealschule	<input type="checkbox"/>	1-jährig (Berufskolleg II) .....	<input type="checkbox"/>
Abschluss 1-jährige Berufsfachschule	<input type="checkbox"/>	Gymnasium	<input type="checkbox"/>	2-jährig .....	<input type="checkbox"/>
.....		2-jährige Berufsfachschule	<input type="checkbox"/>	Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/>
Berufsausbildung als .....		kaufmännisch	<input type="checkbox"/>	Fachgebundene Hochschulreife	<input type="checkbox"/>
.....		gewerblich	<input type="checkbox"/>	Allgemeine Hochschulreife	<input type="checkbox"/>
.....		hausw./landw./sozialpäd./sozialpfl.	<input type="checkbox"/>	Gymnasium <input type="checkbox"/>	
		Gesundheit und Pflege	<input type="checkbox"/>	Berufl. Gymn. <input type="checkbox"/> Art: .....	

## Erziehungsberechtigte(r)

Name:	.....	Vorname:	.....
Straße:	.....	PLZ Ort:	.....
Telefon privat:	.....	Telefon geschäftlich:	.....
<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> .....			

Datum: .....

.....  
Unterschrift der/des Auszubildenden

.....  
Stempel und Unterschrift der Ausbildungsstätte