



## Anmeldeformular zur Berufsschule

(Bitte die entsprechende Ausbildungsform ankreuzen)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Änderungsschneider:in (LBS) | <input type="checkbox"/> Friseur:in                    | <input type="checkbox"/> Hauswirtschafter:in        |
| <input type="checkbox"/> Maßschneider:in (LBS)       | <input type="checkbox"/> Med. Fachangestellte:r        | <input type="checkbox"/> Modenäher:in (LBS)         |
| <input type="checkbox"/> Modeschneider:in (LBS)      | <input type="checkbox"/> Pharmaz.-kaufm. Angestellte:r | <input type="checkbox"/> Tiermed. Fachangestellte:r |
| <input type="checkbox"/> Zahnmed. Fachangestellte:r  |  |   |

Ich/ Wir melde:n hiermit d. nachfolgende:n Auszubildende:n für d. oben angekreuzte Ausbildung/ Einstiegsqualifizierungsmaßnahme zum Berufsschulunterricht an:

Bitte vollständig ausfüllen:

<b>Daten zur/ zum Auszubildenden</b>	
Name:	Vorname:
Geb. Datum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Divers
Schwerbehinderung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche Behinderung:
Geburtsland:	Jahr des Zuzugs: <small>(nur wenn nicht in Deutschland geboren)</small>
Staatsangehörigkeit:	Muttersprache:
Straße und Haus-Nr.:	
Postleitzahl und Ort:	
Telefon:	Handy:
E-Mail:	

<b>Ausbildungs</b> sverhältnis besteht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Einstiegsqualifizierung</b> smaßnahme liegt vor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Ausbildungsbeginn</b>	<b>Ausbildungsende</b>

<b>Vorbildung d. Auszubildenden</b>	
Zuletzt besuchte Schulform (z. B. Förder-, Haupt-, Realschule, Gymnasium, Berufsfachschule, u.a.)	
dort entlassen im Jahr: aus Klasse:	mit Abschluss <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Allgemeinbildender Schulabschluss: <input type="checkbox"/> ohne Abschluss <input type="checkbox"/> Förderschulabschluss <input type="checkbox"/> Erster allgem. Schulabschluss <input type="checkbox"/> Mittlerer Schulabschluss <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Abitur	

<b>Daten zum Ausbildungsbetrieb:</b>	
Betrieb:	
Ansprechpartner:in im Betrieb:	
Straße und Haus-Nr.:	
Postleitzahl und Ort:	
Telefon:	Fax:
E-Mail:	

<b>Wünsche zu den Berufsschultagen / Bemerkungen:</b>

Ort, Datum	Unterschrift d. Ausbildungsbetriebes
------------	--------------------------------------