

ANMELDEBLATT ZUR BERUFSSCHULE

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

Die dunkel hinterlegten Felder werden von der Schule ausgefüllt.



A) SCHÜLER/SCHÜLERIN

Klasse:		Familienname, Vornamen des Schülers / der Schülerin: Rufname bitte unterstreichen!		Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	
Geburtsdatum:		Geburtsort:		Wenn Geburtsort nicht in D, bitte Staat eintragen:	
Religion: <input type="checkbox"/> röm.-kath. <input type="checkbox"/> griechisch-orthodox <input type="checkbox"/> ohne Religionszugehörigkeit <input type="checkbox"/> Sonst. Bekenntnis: <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> islamisch				Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Sonstige bitte eintragen!	
Bei Zuzug in BRD: <input type="checkbox"/> Aussiedler <input type="checkbox"/> Asylbewerber <input type="checkbox"/> Sonst. Zuzug <input type="checkbox"/> Asylberechtigter <input type="checkbox"/> Ausländer, nicht Asylb. <input type="checkbox"/> Kriegsflüchtling		Zuzugsdatum:		Herkunftsland:	

B) ANSCHRIFT

Straße und Hausnummer:		Telefon:		E-Mail:	
		Handynummer:			
PLZ:	Wohnort:	Evtl. abweichende Adresse:			
Erziehungsberechtigt sind: <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Verwandte <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Schüler ist volljährig		Adresse gilt für: <input type="checkbox"/> Erziehungsbere. <input type="checkbox"/> Schüler <input type="checkbox"/>		Gastschüler: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
		Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden		Adresse gilt für: <input type="checkbox"/> Erziehungsbere. <input type="checkbox"/> Schüler <input type="checkbox"/>	
Name und Vorname der/des Erziehungsberechtigten:		Umschüler: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, gefördert durch:			

C) BERUFSAUSBILDUNG

Beginn der Ausbildung:		MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE		Berufsnummer: 85610	
Ende der Ausbildung:		Betrieb:		Betriebsnummer:	
Art der Ausbildung: <input type="checkbox"/> Ausbildungsvertrag <input type="checkbox"/> Praktikumsvertrag <input type="checkbox"/> Umschulung mit Vertrag <input type="checkbox"/> Ohne Beruf und Arbeitslose <input type="checkbox"/> Teilnahme Lehrgang Arbeitsamt <input type="checkbox"/> Maßnahme Einstiegsqualifizierung EQM <input type="checkbox"/> Duales Studium		PLZ/Ort:		GKZ Betrieb:	
		Straße:		Zuständige Stelle nach BBlG: <input type="checkbox"/> Bayerische Ärztekammer	
		Telefon:		Fax:	
		E-Mail-Adresse:			

D) SCHULISCHE VORBILDUNG

Eintritt BS 2 am:		Name und Ort der <u>zuletzt</u> besuchten Schule:			Schul-Nummer:	
Schulart, die zuletzt besucht wurde: <input type="checkbox"/> Allgemeinbildende Schule (MS, RS, Gymnasium) (AL) <input type="checkbox"/> Wirtschaftsschule (WS) <input type="checkbox"/> Fachoberschule (FOS) <input type="checkbox"/> Berufsschule (BS) <input type="checkbox"/> Berufsfachschule (BFS) <input type="checkbox"/> Sonstige Schulart (SO) <input type="checkbox"/> Keine Schule (-)		Art des Schulabschlusses: <input type="checkbox"/> Mittelschule ohne Abschluss (MSo) <input type="checkbox"/> Mittelschule ohne Quali (MSoQ) <input type="checkbox"/> Mittelschule mit Quali (MSQ) <input type="checkbox"/> Abschluss Schule indiv. Lernförd. (SVS) <input type="checkbox"/> Mittlerer Schulabschluss (M) <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife (H) <input type="checkbox"/> Fachgebundene Hochschulreife (FH) <input type="checkbox"/> Allgem. Hochschulreife (AH) <input type="checkbox"/> Sonstiger Abschluss (SO)			Schulart, an der dieser Abschluss erworben wurde: <input type="checkbox"/> Mittelschule (MS) <input type="checkbox"/> Volksschule sonderpädagogische Förderung (SVS) <input type="checkbox"/> Realschule (RS) <input type="checkbox"/> Gymnasium (GY) <input type="checkbox"/> Wirtschaftsschule (WS) <input type="checkbox"/> Fachoberschule (FOS) <input type="checkbox"/> Sonstige Schulart (SO)	

Ort, Datum _____ Unterschrift Anmeldender / Auszubildender _____

Einschulung: Montag, 09.09.2024, 07:55 Uhr		Gewünschte Schultage:		Die endgültige Zusage des Schultages kann erst nach Vorliegen aller Anmeldungen (ca. 23. Sept. 2024) erteilt werden! ACHTUNG: Es erfolgt keine Anmeldebestätigung!
Mitzubringen sind: Kopie des Ausbildungsvertrages , Kopie des Zeugnisses der zuletzt besuchten Schule , 2 Passbilder		MI und MO (14-tägig)	FR und DI (14-tägig)	