

ANMELDEBOGEN • Auszubildende/r
(Bitte unbedingt vollständig ausfüllen)

Klasse:
(wird vom BSZ ausgefüllt)

Persönliche Angaben Auszubildende/r

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geb.datum:	<input type="text"/>	Geburtsort:	<input type="text"/>
Anschrift:	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Bundesland:	<input type="text"/>		Passbild (kann am 1. Schultag nachgereicht werden)
Telefon/ Mobil:	<input type="text"/>		
E-Mail:	<input type="text"/>		
Religion:	<input type="checkbox"/> evang. <input type="checkbox"/> kath. <input type="checkbox"/> sonstiges <input type="checkbox"/> keine		
Staatsangehörigkeit:	<input type="text"/>		
Behinderung/Grad:	<input type="text"/>		

Ausbildungsbetrieb/Arbeitgeber

Firmenname:	<input type="text"/>		
Anschrift:	<input type="text"/>		
PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
Ansprechpartner:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>

Ausbildungsverhältnis

Beginn lt. Lehrvertrag:	<input type="text"/>	Ausbildungs- dauer:	<input type="text"/>
Ausbildungsberuf:	<input type="text"/>		← nutzen Sie das Dropdownfeld
Fachrichtung:	<input type="text"/>		

Um Ihre Anmeldung abschließend bearbeiten zu können ist es zwingend notwendig die Kopie des
Ausbildungsvertrages, Kopie des Zeugnisses und den Lebenslauf der/des Auszubildenden beizufügen.

Bemerkungen

<input type="text"/>
<input type="text"/>

bisherige Schul-/Berufsausbildung (Mehrfachauswahl möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abitur | <input type="checkbox"/> qualifizierter Hauptschulabschluss |
| <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife | <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss |
| <input type="checkbox"/> Realschulabschluss | <input type="checkbox"/> Abgang, Klasse: |

Berufsabschluss/Studium:

höchster erreichter Abschluss:

↳ Schule/Einrichtung an der der Abschluss erfolgte:

Kontakt in Notfällen - bitte zutreffendes ankreuzen!

- Sorgeberechtigter (bei Minderjährigen zwingend notwendig)
- Notfallansprechpartner

Name:

Vorname:

Anschrift:

(falls abweichend)

PLZ:

Ort:

Telefon:

Bezug z. Person:

Name:

Vorname:

Anschrift:

(falls abweichend)

PLZ:

Ort:

Telefon:

Bezug z. Person:

Datum, Unterschrift Schüler/in

Datum, Unterschrift Sorgeberechtigter (bei Minderjährigen)

Vermerke Sekretariat
