|  |  |
| --- | --- |
|  | Jahnstraße 4, 77855 Achern  Telefon: 07841 2024-0  Fax: 07841 2024-4220  E-Mail: [info@bs-achern.de](mailto:info@bs-achern.de)  Internet: www.bs-achern.de |

**Anmeldung**

in die **Berufsschule**

Schuleintritt am:

(wird von der Schule ausgefüllt)

**Schüler(in)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name: |  |  | |  | Vorname: | |  |  |  |
| Geburtsdatum: |  |  | Geschlecht  □ männl. □ weibl. |  | | Geburtsort: |  |  |  |
| Straße: |  |  | |  | | PLZ Ort: |  |  |  |
| Ortsteil |  |  | |  | Kreis | |  |  |  |
| Telefon |  |  | |  | E-Mail | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  |

**Ausbildungsdaten**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ausbildungsbetrieb (Vollständiger Name) |  | |  | | | | | |  |
| Straße: |  | |  | |  | PLZ Ort: |  |  |  |
| Telefon: |  | |  | |  | Telefax: |  |  |  |
| Ausbildungsleiter: |  | |  | |  | E-Mail: |  |  |  |
| **Ausbildungsberuf:** |  | |  | | | | | |  |
| **Ausbildungsbeginn:** | |  |  | |  | **Ausbildungsende:** |  |  |  |
| **Umschulung:** |  | | □ ja □ nein | **Zuständige Kammer:** |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | |

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

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

**Erziehungsberechtigte(r)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name: |  |  |  | Vorname: |  |  |  |
| Straße: |  |  |  | PLZ Ort: |  |  |  |
| Telefon privat: |  |  |  | Telefon geschäftlich: |  |  |  |
| □ Vater □ Mutter □ | | | | | | | |

|  |
| --- |
| Datum:    Unterschrift der/des Auszubildenden Stempel und Unterschrift der Ausbildungsstätte |