

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"/> evangelisch <input type="checkbox"/> islamisch		<input type="checkbox"/> griechisch-orthodox <input type="checkbox"/> Zeuge Jehovas <input type="checkbox"/> ohne Religionszugehörigkeit		<input type="checkbox"/> Sonst. Bekenntnis:	
Bei Zuzug in BRD : <input type="checkbox"/> Aussiedler <input type="checkbox"/> Asylant		<input type="checkbox"/> Asylbewerber <input type="checkbox"/> Asylbewerber geduldet		<input type="checkbox"/> Sonst. Zuzug <input type="checkbox"/> Kriegsflüchtling	
Teilnahme am: <input type="checkbox"/> Religionsunterricht <input type="checkbox"/> Ethikunterricht		Zuzugsdatum:		Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Sonstige bitte eintragen!	
Herkunftsland:					

B) ANSCHRIFT

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

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: Straße: Telefon: Fax: E-Mail-Adresse:		GKZ Betrieb: Zuständige Stelle nach BBiG: <input type="checkbox"/> Bayerische Ärztekammer	

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"/> Volksschule ohne Abschluss (VSo) <input type="checkbox"/> Mittelschule ohne Quali (MSo) <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, 07. 09. 2020, 07:55 Uhr		Gewünschte Schultage:		Die endgültige Zusage des Schultages kann erst nach Vorliegen aller Anmeldungen (ca. 21. Sept. 2020) erteilt werden!
Mitzubringen sind: Kopie des Ausbildungsvertrages , Kopie des Zeugnisses der zuletzt besuchten Schule, 2 Passbilder , Nachweis über Masernimpfschutz		MI und MO (14-tägig)	FR und DI (14-tägig)	