

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:	Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Sonstige bitte 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:	Teilnahme am: <input type="checkbox"/> Religionsunterricht <input type="checkbox"/> Ethikunterricht
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
		Zuzugsdatum:	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 <input type="checkbox"/> Verwandte <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Schüler ist volljährig		Adresse gilt für: <input type="checkbox"/> Erziehungsber. <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"/> 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: GKZ: (falls nötig)	

C) BERUFSAUSBILDUNG

Beginn der Ausbildung:	ZAHNMED. FACHANGESTELLTE	Berufsnummer: 85621	
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 BBiG: <input type="checkbox"/> Bayerische Zahnärztekammer	
	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"/> 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: Dienstag, 08. 09. 2020, 07.55 Uhr	Mögliche Schultage:	Die endgültige Zusage des Schultages kann erst nach Vorliegen aller Anmeldungen (ca. 22. Sept. 20) erteilt werden!	
Mitzubringen sind: Kopie des Ausbildungsvertrages, Kopie des Zeugnisses der zuletzt besuchten Schule, 2 Passbilder, Nachweis über Masernimpfschutz	<table border="1"> <tr> <td>DI und FR (14-tägig)</td> <td>MI und FR (14-tägig)</td> </tr> </table>		DI und FR (14-tägig)
DI und FR (14-tägig)	MI und FR (14-tägig)		