



Anmeldeformular für Auszubildende

Erfassungsbogen für Schülerstammdaten

Bitte in Druckbuchstaben schreiben

Name:

Namenszusatz:

Vorname:

Behinderung:

Geburtsdatum:

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsort:

Asylbewerber: ja nein

Staatsangehörigkeit:

Aussiedler: ja nein

Religionszugehörigkeit:

(freiwillige Angabe)

Anschrift:

Straße:

evtl. Nebenwohnung:
Straße:

PLZ:

PLZ:

Ort:

Ort:

Telefon:

Telefon:

Telefax:

Telefax:

E-mail:

Kreis:

Bundesland:

Ausbildungsberuf:

Ausbildung vom bis zum
(Tag Monat Jahr) (Tag Monat Jahr)

zuständiger Ausbilder: Herr / Frau

Telefon: Telefax:

E-mail:

**Bitte
Kopie des
Ausbildungs-
vertrages
beifügen**

Personensorgeberechtigte für minderjährige Schüler:

Ansprechpartner: Vater

Name:

Telefon:

Vorname:

Funktelefon:

PLZ:

Telefax:

Ort:

E-mail:

Ansprechpartner: Mutter

Name:

Telefon:

Vorname:

Funktelefon:

PLZ:

Telefax:

Ort:

E-mail:

Ansprechpartner: Sonstige

Art:

Name:

Telefon:

Vorname:

Funktelefon:

Anrede: Herr Frau

Telefax:

PLZ:

E-mail:

Ort:

Bitte wenden ...

Werdegang:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Welchen **Abschluss** haben Sie an der **allgemeinbildenden Schule** erreicht?

- Hauptschulabschluss Realschulabschluss ohne Abschluss
 qualifizierter Hauptschulabschluss allgemeine Hochschulreife

Zeugnisdatum:

Bitte
Zeugnis-
kopie
beifügen

Haben Sie zuletzt eine **berufliche Schule** besucht? nein ja

	Teilnahme		Abschluss	
		nein		ja
* Berufsvorbereitungsjahr:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Berufsgrundbildungsjahr:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Berufsschulpflichterfüller:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Berufsschule:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Berufsfachschule:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Fachoberschule:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Fachschule:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Berufliches Gymnasium:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Fachhochschule:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Universität:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte
Zeugnis-
kopie
beifügen

Haben Sie **andere Maßnahmen** besucht?

z.B. Freiwilliges ökologisches Jahr

Fügen Sie dieser Anmeldung bitte unbedingt die

von Ihrem Ausbildungsbetrieb bestätigte Kopie der

**Bescheinigung des Gesundheitsamtes
nach § 43 Abs. 5 des Infektionsschutzgesetzes**

bei.

Lassen Sie diese Anmeldung bitte jetzt von Ihrem Ausbildungsbetrieb bestätigen:

Stempel des
Ausbildungsbetriebes

Datum

Unterschrift
Ausbilder/-in