

**Bitte füllen Sie die Anmeldung sorgfältig und  
deutlich lesbar aus! Danke!**

**Von der Schule auszufüllen**

Klasse: \_\_\_\_\_

Eintrittsdatum in Klasse: \_\_\_\_\_

Lichtbild

**Anmeldung Auszubildende(r)  
für das \_\_\_\_\_ Ausbildungsjahr**

<p><b>Persönliche Daten</b></p> <p>Name: _____</p> <p>Vorname: _____</p> <p>Geb.-Datum: _____ Geb.-Ort: _____</p> <p>Geb.-Land: _____ Staatsangeh.: _____</p> <p>Straße: _____</p> <p>PLZ/Ort: _____</p> <p>Telefon: _____</p> <p>E-Mail: _____</p>	<p><b>Angaben zur Ausbildung</b></p> <p>Ausbildungsberuf: _____</p> <p>Fachrichtung/Schwerpunkt: _____</p> <p>Ausb.-Beginn: _____ Ende: _____</p> <p><b>Angaben zum Einstellungsbetrieb (Vertragspartner)</b></p> <p>Betrieb: _____</p> <p>Straße: _____</p> <p>PLZ / Ort: _____</p> <p>Tel. / Fax: _____</p> <p>E-Mail: _____</p> <p>Ansprechpartner: _____ Tel.: _____</p> <p><b>Angaben zum Ausbildungsbetrieb (Praxis)</b></p> <p>Betrieb: _____</p> <p>Straße: _____</p> <p>PLZ / Ort: _____</p> <p>Tel. / Fax: _____</p> <p>E-Mail: _____</p> <p>Ausbilder: _____ Tel.: _____</p>
<p><b>Daten der Eltern</b></p> <p>Name, Vorname der Mutter: _____</p> <p>Geb.-Ort der Mutter: _____</p> <p>Name, Vorname des Vaters: _____</p> <p>Geb.-Ort des Vaters: _____</p>	<p><b>Statistik</b></p> <p>Umschüler: <input type="checkbox"/> Reha <input type="checkbox"/> Arbeitsamt <input type="checkbox"/> Bildungsgutschein</p>
<p><b>Bezugsperson</b> (Zur Information für den <b>Notfall</b> bitte ausfüllen!)</p> <p><input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Andere</p> <p><input type="checkbox"/> Eheleute <input type="checkbox"/> Lebensgefährte/ Lebensgefährtin</p> <p>Name: _____</p> <p>Vorname: _____</p> <p>Straße: _____</p> <p>PLZ/Ort: _____</p> <p>Telefon: _____</p> <p>E-Mail: _____</p> <p><small>Unterschrift zum Einverständnis der Speicherung Ihrer Daten unter Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzvorschriften. Eine Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen!</small></p>	<p><b>Freiwillige Angaben zu Ihrer Unterstützung im Schulalltag</b></p> <p>Art und Grad der Behinderung: _____</p> <p>Förderschwerpunkt: _____</p> <p>Nachteilsausgleich (Grund): _____</p> <p>(Chronische) Krankheiten: _____</p> <p>Teilleistungsschwäche: _____</p> <p>Allergien: _____</p>
<p><b>Schullaufbahn   höchster Schulabschluss</b></p> <p><input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> HS <input type="checkbox"/> RS <input type="checkbox"/> Abitur</p> <p>Jahr des Abschlusses: _____</p> <p><b>Berufliche Vorbildung mit Abschluss</b></p> <p><input type="checkbox"/> BS <input type="checkbox"/> BFS <input type="checkbox"/> BGJ <input type="checkbox"/> BVJ <input type="checkbox"/> FOS</p> <p>Jahr des Abschlusses: _____</p>	<p>_____ Datum _____ Unterschrift Auszubildender</p> <p>_____ Datum _____ Unterschrift / Stempel Ausb.-Betrieb</p>