

**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**

**Persönliche Daten**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geb.-Ort: \_\_\_\_\_

Geb.-Land: \_\_\_\_\_ Staatsangeh.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Daten der Eltern**

Name, Vorname der Mutter: \_\_\_\_\_

Geb.-Ort der Mutter: \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Vaters: \_\_\_\_\_

Geb.-Ort des Vaters: \_\_\_\_\_

**Bezugsperson** (Zur Information für den **Notfall** bitte ausfüllen!)

Vater  Mutter  Andere

Eheleute  Lebensgefährte/ Lebensgefährtin

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Unterschrift zum Einverständnis der Speicherung Ihrer Daten unter Einhaltung der gesetzlichen  
Datenschutzvorschriften. Eine Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen!

**Schullaufbahn | höchster Schulabschluss**

ohne  HS  RS  Abitur

Jahr des Abschlusses: \_\_\_\_\_

**Berufliche Vorbildung mit Abschluss**

BS  BFS  BGJ  BVJ  FOS

Jahr des Abschlusses: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Ausbildung**

Ausbildungsberuf: \_\_\_\_\_

Fachrichtung/Schwerpunkt: \_\_\_\_\_

Ausb.-Beginn: \_\_\_\_\_ Ende: \_\_\_\_\_

**Angaben zum Einstellungsbetrieb (Vertragspartner)**

Betrieb: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Tel. / Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Angaben zum Ausbildungsbetrieb (Praxis)**

Betrieb: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Tel. / Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ausbilder: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Statistik**

Umschüler:  Reha  Arbeitsamt

Bildungsgutschein

**Freiwillige Angaben zu Ihrer Unterstützung im Schulalltag**

Art und Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_

Förderschwerpunkt: \_\_\_\_\_

Nachteilsausgleich (Grund): \_\_\_\_\_

(Chronische) Krankheiten: \_\_\_\_\_

Teilleistungsschwäche: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Auszubildender

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel Ausb.-Betrieb