



Anmeldung zur Berufsschule

Angaben zur Person der / des Auszubildenden

Name		Vorname	
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Geburtsdag	Geburtsort	Geburtsland	Staatsangehörigkeit
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Muttersprache	Religion	Geschlecht	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
PLZ	Wohnort	Straße, Haus-Nr.	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Landkreis des Wohnortes	Telefon-Nr. (Festnetz)	E-Mail-Adresse	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Handy-Nr.	Datum Einschulung 1. Kl.	Name / Ort der zuletzt besuchten Schule	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Schulabgang / -abschluss (Monat / Jahr)	Erreichter Schulabschluss		
<input style="width: 100%;" type="text"/>	Hauptschul- abschluss	Sekundar- abschluss I	Erweiterter Sekun- darabschluss I
Umschulungsvertrag	Fachhoch- schulreife	Fachgebun- dene Hoch- schulreife	Allgemeine Hochschulreife (Abitur)
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Im Fall einer Umschulungsmaßnahme: Angabe des Kostenträgers	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Vorhandene gesundheitliche Beeinträchtigungen (Angaben freiwillig; z. B. Epilepsie, Diabetis, Allergien, Gehbeeinträchtigung o. ä.):			
<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Besteht an der bisherigen Schule ein Nachteilsausgleich?		ja	nein

Angaben zum Ausbildungsverhältnis

Ausbildungsunternehmen	Telefon-Nr.	Fax-Nr.
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
E-Mail-Adresse		
<input style="width: 100%;" type="text"/>		
PLZ	Ort	Straße, Haus-Nr.
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Ausbildungsberuf		
Bankkaufmann/-frau (BK)	Kaufmann/-frau für Versicherungen und Finanzen (VK)	
Industriekaufmann/-frau (IK)	Fachrichtung: Versicherung	
	Fachrichtung: Finanzberatung	
Ausbildungsbeginn (Monat / Jahr)	Ausbildungsende (Monat / Jahr)	Gewünschte Unterrichtsform
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Block- unterricht <input type="checkbox"/> Wöchentlicher Unterricht

Datum, Unterschrift des Ausbildungsverantwortlichen

Bitte fügen Sie eine Kopie des Ausbildungsvertrages bei.