Berufliches Schulzentrum für Dienstleistung und Gestaltung

Anmeldung - Duale Ausbildung

Erster Schultag: _____
Klasse:

I. Angaben zum Auszubildenden

Familienname	Vorname	Geschlecht ☐ weibl. ☐ männl.
Geburtsdatum	Geburtsort (mit Landkreis und evtl. Land)	Religionszugehörigkeit (bitte ankreuzen/eintragen) ☐ rk ☐ ev andere:
Staatsangehörigkeit	Migrant (Migrationshintergrund/Herkunftsland angeben)	
Postleitzahl	Wohnort	Telefon (mit Vorwahl)
Straße und Hausnummer		E-Mail

Grad und Art einer Behinderung oder chronischen Krankheit eintragen, soweit sie für den Besuch der Berufsschule von Bedeutung ist.
Grad | Art **Bitte unbedingt Kopie Bescheid/Schwerbehindertenausweis abgeben!**

Besteht eine durch Schulpsychologen oder qualifiziertes Lehrpersonal festgestellte Teilleistungsschwäche (z. B. LRS)?
☐ nein ☐ ja Welche? **Bitte unbedingt Kopie des Bescheides abgeben!**

Vorbildung (Bitte unbedingt ankreuzen!)

Ohne Abschluss	☐	zuletzt besucht Klassenstufe		Abschluss einer berufsbildenden Schule	☐	**Schulform** (bitte ankreuzen)
Abschluss einer Schule für Lernbehinderte			☐	Fachhochschulreife	☐	☐ Allg.bild. Schule
Hauptschulabschluss			☐	Hochschulreife	☐	☐ BVJ
Qualifizierender Hauptschulabschluss			☐	Sonstige Vorbildung (Art angeben):		☐ BGJ
Realschulabschluss			☐			☐ Gym
Waren Sie bereits an unserer Schule angemeldet?			☐ nein ☐ ja	Klasse:		☐ andere:

II. Sorgeberechtigte/r (gilt nur für Minderjährige)

1. Sorgeberechtige/r		**2. Sorgeberechtige/r**	
gesetzlich sorgeberechtigt: ☐ ja ☐ nein ☐ Vater ☐ Mutter ☐ Bezugsperson ☐ Vormund		gesetzlich sorgeberechtigt: ☐ ja ☐ nein ☐ Vater ☐ Mutter ☐ Bezugsperson ☐ Vormund	
Name	Vorname	Name	Vorname
Straße		Straße	
Postleitzahl	Wohnort	Postleitzahl	Wohnort
Telefon	E-Mail	Telefon	E-Mail

Erlaubnis zum vorzeitigen Verlassen der Schule (bei Krankheit/Unfall) ☐ ja ☐ nein

Wer ist im Notfall zu benachrichtigen? (gilt nur für Volljährige)

Name	Telefon

III. Berufsausbildung

Firma		
Postleitzahl	Ort	Straße und Hausnummer
Vorwahl-Nr.	Telefon-Nr.	Fax
Ausbildungsberuf		E-Mail
Beginn der Ausbildung	Ende der Ausbildung	Ansprechpartner (Name, Vorname)
Art der Ausbildung (bitte unten ankreuzen) Ausbildungsvertrag ☐ Umschulungsvertrag ☐		Telefon Fax E-Mail

Ich bin/Wir sind darüber informiert, dass meine/unsere Angaben zum Zweck der Bearbeitung rechentechnisch erfasst werden.

.....	.....	.....
Datum	Unterschrift des Auszubildenden	Datum, Unterschrift der (des) Sorgeberechtigten (gilt nur bei für Minderjährige)