

Anmeldung zum Besuch der Berufsschule

Sarresdorfer Str. 44

54568 Gerolstein

Tel.: 06591-95660

Fax: 06591-956649

Internet: www.bbs-vulkaneifel.de

E-Mail: schulleitung@bbs-vulkaneifel.de

Der Antrag ist sorgfältig, vollständig und deutlich lesbar in Blockschrift auszufüllen.

Angaben zur Person

Familienname:	Vorname:
Geschlecht laut Ausweis: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	
Birthsdatum:	Birthsort:
Birthplace:	Heritage country:
Mother tongue:	Length of stay in Germany:
Nationality:	Religion/Confession:
Street / No.:	PLZ / Residence: /
Phone number:	Mobile number: /
E-Mail:	

Sorgeberechtigte

<input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Caretaker <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Guardian	
Familienname:	Vorname:
Street / No.:	Street / No.:
PLZ / Residence: /	PLZ / Residence: /
Phone (private): /	Phone (private): /
Mobile number: /	Mobile number: /
E-Mail:	E-Mail:

Schulausbildung

Datum der Erst Einschulung in die Grundschule:	
Höchste schulische Vorbildung:	
<input type="checkbox"/> without vocational qualification <input type="checkbox"/> special form of vocational qualification <input type="checkbox"/> vocational qualification / primary school leaving certificate	
<input type="checkbox"/> Fachhochschulreife (schulischer Teil) <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife (schulischer + practical part)	
<input type="checkbox"/> Qualifying secondary school leaving certificate I <input type="checkbox"/> general university entrance examination	
Zuletzt besuchte Schule:	
Schulform: <input type="checkbox"/> Förder school <input type="checkbox"/> Realschule plus <input type="checkbox"/> IGS <input type="checkbox"/> Other: _____	
<input type="checkbox"/> Vocational school <input type="checkbox"/> Gymnasium	
Zuletzt besuchte Klassenstufe (8-10): _____ Bei BF1 und BF2 ist als letzte Klassenstufe eine 1 einzutragen.	

Ausbildung

Ausbildungsberuf:		
Ausbildungsbeginn:	Ausbildungsende:	Dauer: _____ Jahre
Ausbildungsbetrieb:		
Street, house no.:	PLZ, city:	
Phone:	E-Mail:	
Dual study: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> EQJ-measure	<input type="checkbox"/> Yes	

Erklärung: Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten für schulinterne Zwecke elektronisch und in Papierform gespeichert werden.

- Ort - - Datum - - Unterschrift des Auszubildenden bzw. aller Sorgeberechtigten -

- Ort - - Datum - - Unterschrift des Auszubildenden & Stempel des Ausbildungsbetriebes -