

Anmeldung zum Besuch der Berufsschule am SBZ Kyffhäuserkreis für das Schuljahr

Klasse:		Beruf/Fachrichtung:	
----------------	--	----------------------------	--

Persönliche Angaben

Nachname:	Vorname:					
Straße:	Geburtsdatum:					
PLZ, Wohnort:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich					
Landkreis:	Geburtsort: <table style="display: inline-table; border: none; vertical-align: middle;"><tr><td style="border: none; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: none; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: none; width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table> Geburtsland: <table style="display: inline-table; border: none; vertical-align: middle;"><tr><td style="border: none; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: none; width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table>					
Bundesland:	Datum des Zuzugs nach Deutschland:					
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> sonstige	Staatsangehörigkeit/en:					
Konfession: <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> röm.kath. <input type="checkbox"/> sonstige	Status: <input type="checkbox"/> Aussiedler <input type="checkbox"/> Asylbewerber					
Sprache in der Familie:	Aufenthaltsgenehmigung von/bis Datum: _____					
Telefon Schüler:	Verständigung im Notfall 1 (Telefon): _____					
E-Mail:	Verständigung im Notfall 2 (Telefon): _____					
Krankenkasse:	<input type="checkbox"/> Selbstversichert familienversichert bei _____					

Erziehungsberechtigte

Name des Vaters:	Anschrift, und Telefon	Erziehungsberechtigt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name der Mutter:	Anschrift, und Telefon	Erziehungsberechtigt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Schulbildung

Schulabschluss	<input type="checkbox"/> Ohne Abschluss <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> qHSA <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Abitur
Zugang aus Schule	<input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> BVJ <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsschule <input type="checkbox"/> Regelschule <input type="checkbox"/> Berufsfachschule <input type="checkbox"/> Höhere Berufsfachschule <input type="checkbox"/> FOS <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Berufsschule
Unmittelbare Tätigkeit vor Beginn der Ausbildung	<input type="checkbox"/> Beschäftigungslosigkeit <input type="checkbox"/> Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> Berufsfachschule 1, 2 o. 3 jährig <input type="checkbox"/> Höhere Berufsfachschule <input type="checkbox"/> Berufsschule Thüringen <input type="checkbox"/> Berufsschule anderes Bundesland
<input type="checkbox"/> Sonstiger Zugang: _____	
Fremdsprache Englisch (Jahre)	

Angaben zur praktischen Ausbildung

Ausbildungsbeginn:	Ausbildungsende:
Umschüler: <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zuständige IHK:	
Ausbildungsbetrieb: Personalführend Anschrift: Landkreis angeben	
Ausbilder: Name, Telefon, E-Mail	

Ausbildungsbetrieb: Anschrift der praktischen Ausbildungsstätte	
Ansprechpartner: Name, Telefon, E-Mail	

Gesundheitliche Besonderheiten

--

Förderschwerpunkt/ Nachteilsausgleich

--

Einwilligung zur Datenübermittlung an die Ausbildungsbetriebe

Ich bin damit einverstanden, dass die Fachlehrer des Staatlichen Berufsschulzentrums meinen Ausbildungsbetrieb über meinen Leistungsstand, eventuelle Fehlzeiten und das Verhalten während des Berufsschulunterrichts informieren.

Ort/Datum _____

Unterschrift des/der
Auszubildenden

Ort/Datum _____

Unterschrift des/der
Ausbilders/Ausbilderin

Überprüfung der Stammdaten

ausgefüllt am:	Daten ergänzt am:	Daten ergänzt am:	
Unterschrift.....	Unterschrift:.....	Unterschrift:	

Anlagen: Kopie des letzten Schulzeugnisses und des Ausbildungsvertrages sind notwendig!