

Anmeldung zur Kaufmännischen Berufsschule

Ausbildungsberuf (bitte ankreuzen)

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bankkauffrau/-mann | <input type="checkbox"/> Zusatzqualifikation Finanzassistent/-in |
| <input type="checkbox"/> Fachangestellte/r für Medien- und Informationsdienste | Fachrichtung: |
| <input type="checkbox"/> Industriekauffrau/-mann | |
| <input type="checkbox"/> Medizinische/r Fachangestellte/r | |
| <input type="checkbox"/> Kauffrau/Kaufmann im Einzelhandel | |
| <input type="checkbox"/> Verkäufer/-in | |
| <input type="checkbox"/> Verwaltungsfachangestellte/r | <input type="checkbox"/> Anwärter Beamtenlaufbahn |

Ausbildungsdauer

Regelausbildungsdauer 2 Jahre 3 Jahre Verkürzung der dreijährigen Ausbildung
 (bitte ankreuzen, wenn der Vertrag auf 2 Jahre verkürzt wurde)

Beginn der Ausbildung:

Vertragliches
Ausbildungsende:

**Angaben zur
Schülerin/Schüler**

(bitte Anmeldung auch einreichen, sofern noch nicht alle Daten vorliegen. Bitte reichen Sie spätestens zum Ausbildungsbeginn alle erforderlichen Angaben nach.)

| | |
|--------------|--|
| Name | |
| Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| Geburtsort | |
| Straße/Hsnr. | |
| PLZ/Ort | |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Mobilfunknr. | |
| E-Mail Adresse | |
| Staatsangehör. | |
| Muttersprache/ Verkehrssprache | |
| Geschlecht | w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> |
| Konfession | rk <input type="checkbox"/> ev <input type="checkbox"/> isl. <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> sonst <input type="checkbox"/> |

Höchster Schulabschluss

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hauptschule | <input type="checkbox"/> Abitur |
| <input type="checkbox"/> Mittlere Reife | <input type="checkbox"/> Sonst. Abschluss |
| <input type="checkbox"/> Fachhochschul. | <input type="checkbox"/> Abschluss außerh. Deutschland |

Bisherige Schule (Schulname u. Schulort)

Angaben zum gesetzl. Vertr. (nur bei Minderjähr.)

| | |
|-----------|--|
| Name | |
| Vorname | |
| Anschrift | |
| Telefon | |

Angaben zum Ausbildungsbetrieb
Firma (Stempel):

| | |
|--------------------------|--|
| Leiter/-in Ausbildung | |
| E-Mail: | |

Datum

Unterschrift Vertreter Ausbildungsbetrieb