



# Schüleranmeldung

**Stand: 2020-07-03**

Kaufmännische Berufsschule

Berufskolleg in Teilzeit:

Finanzassistent Bereich Steuern

Managementassistent im Einzelhandel

**Persönliche Daten:**

|   |
|---|
| Name:   |
| Vorname:  |
| Geburtsname:  |
| Geburtsdatum:   |
| Geburtsort:   |
| Geburtsland:  |
| Straße/Nr.:   |
| PLZ/Wohnort:  |
| Kreis:  |
| Bundesland:   |
| Telefon/mobil:  |
| E-Mail:   |
| Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich   |
| Staatsan- <input type="checkbox"/> deutsch<br>gehörigkeit: <input type="checkbox"/> andere:   |
| Verkehrsspra- <input type="checkbox"/> deutsch<br>che in der Familie: <input type="checkbox"/> andere:  |
| Religionszu- <input type="checkbox"/> rk <input type="checkbox"/> ev.<br>gehörigkeit: <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> ohne |

**Schullaufbahn:**

|   |   |
|---|---|
| Zur Zeit bzw. zuletzt besuchte Schulart:  | Erreichter bzw. voraussichtl. erreichter Schulabschluss:  |
| <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsschule<br><input type="checkbox"/> Gesamtschule<br><input type="checkbox"/> Hauptschule<br><input type="checkbox"/> Werkrealschule<br><input type="checkbox"/> Realschule<br><input type="checkbox"/> Gymnasium<br><input type="checkbox"/> BVJ <input type="checkbox"/> BEJ<br><input type="checkbox"/> AV/AV dual<br><input type="checkbox"/> VABO<br><input type="checkbox"/> Berufsfachschule<br><input type="checkbox"/> Berufskolleg I<br><input type="checkbox"/> Berufskolleg II<br><input type="checkbox"/> 2-jähriges Berufskolleg<br><input type="checkbox"/> Berufsoberschule | <input type="checkbox"/> ohne Abschluss<br><input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss<br><input type="checkbox"/> Mittlerer Bildungsabschluss<br><input type="checkbox"/> Fachhochschulreife<br><input type="checkbox"/> Abitur |
| Name/Ort der besuchten Schule:  |   |

**Bezugsperson:**

(Bitte auch als Volljährige ausfüllen!)

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Ehegatte<br><input type="checkbox"/> Sonstige: |
| Name:  |
| Vorname:   |
| Straße:  |
| PLZ/Wohnort:   |
| Telefon/mobil:   |
| E-Mail:  |

**Ausbildungsberuf/-betrieb:**

|   |
|---|
| Ausbildungsberuf:   |
| Ausbildungsbetrieb:   |
| Straße:   |
| PLZ/Ort:  |
| Telefon:  |
| Fax:  |
| E-Mail:   |
| Ansprechpartner:  |
| Beginn der Ausbildung (TT.MM.JJJJ):   |
| Ende der Ausbildung (TT.MM.JJJJ):   |
| <input type="checkbox"/> Umschüler<br><input type="checkbox"/> Ausbildungsverkürzung um _____ Monate  |
| Zuständige Kammer:  |
| <b>Bei Kaufleuten für Büromanagement:</b> gewünschte<br>Beschulung: <input type="checkbox"/> 3 Jahre, 1,5 Tage/Wo.<br><input type="checkbox"/> 2 Jahre, 1,5 Tage/Wo.<br><input type="checkbox"/> 3 Jahre, Blockunterricht |

**Hinweise für die Schule:**

|  |
|--|
|  |
|--|

Datum, Unterschrift Auszubildender

Datum, Stempel + Unterschrift des Betriebes