

Anmeldung zur Berufsschule

<input type="checkbox"/> Bürokauffrau/-mann <input type="checkbox"/> Block- oder <input type="checkbox"/> Teilzeitunterricht <input type="checkbox"/> Sport- / Fitnesskauffrau/-mann <input type="checkbox"/> Sportfachfrau/mann <input type="checkbox"/> Veranstaltungskauffrau/-mann <input type="checkbox"/> Kauffrau/-mann im Gesundheitswesen Berufliche Schule H20 Bramfelder See Gropiusring 43 22309 Hamburg Tel. 040 428980-348 office@h20-hamburg.de Fax 040 428980-360 www.h20-hamburg.de	Ausbildungsbetrieb	
	Name	
	Straße	
	PLZ Ort	
	Tel	Fax
	Email	
	Ausbilder/In	Tel.Durchwahl

Personalien der/des Auszubildenden

Name	Geb.name	<input type="checkbox"/> weiblich
Vorname	Geb.datum	<input type="checkbox"/> männlich
Geburtsort/Land		<input type="checkbox"/> Aussiedler
Name des Sorgeberechtigten (bei minderjährigen Schülern)		
Straße	wohnt bei (falls Name nicht am Briefkasten steht)	
PLZ Ort	Bundesland	
1. Staatsangeh. <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____	Muttersprache	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____
2. Staatsangeh. <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____	weitere Sprache	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____
Jahr des Zuzugs nach Deutschland (falls nicht in Deutschland geboren)		

Daten zur Ausbildung bzw. Umschulung

Ausbildungszeit von	bis
Verkürzung der Ausbildung um <input type="checkbox"/> ½ Jahr <input type="checkbox"/> 1 Jahr	Grund
Umschüler/In <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	falls ja, bitte Leistungsträger eingeben:
Leistungsträger _____	Sachbearbeiter/in _____
_____	Telefon _____
Straße	PLZ Ort

Zuletzt besuchte Schule

Name		Bundesland
Schulform	letzte Klassenstufe	vorraussichtl. bzw. erreichter Abschluss
<input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Integrierte Haupt- und Realschule <input type="checkbox"/> Gesamtschule <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Berufsschule <input type="checkbox"/> Berufsvorbereitungsschule <input type="checkbox"/> Berufsfachschule <input type="checkbox"/> sonst. Schule _____	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> ohne Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> mit Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Realschulabschluss <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> Berufsschulabschluss <input type="checkbox"/> sonst. Abschluss _____ abgeschl. Berufsausbildung als: _____
Entlassungsjahr: _____		Anzahl Schulbesuchsjahre: _____

Bemerkungen / Hinweise

Datum Stempel Unterschrift des Ausbildungsbetriebes