



## Anmeldeformular für Auszubildende

Vorder- und Rückseite sind **vom Auszubildenden** auszufüllen

*Bitte in Druckbuchstaben schreiben*

Name: \_\_\_\_\_

Vornamen (alle): \_\_\_\_\_

Namenszusatz: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Asylbewerber:  ja  nein

Aussiedler:  ja  nein

### Anschrift:

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Kreis: \_\_\_\_\_

Bundesland: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Behinderung: ★ \_\_\_\_\_

Teilleistungsstörung: ★ \_\_\_\_\_

Religionszugehörigkeit: ★ \_\_\_\_\_

Antrag auf Integration: ★  ja  nein

### Angaben zum Migrationshintergrund:

Ist die Muttersprache der Eltern/Großeltern deutsch?  ja

nein, bitte Muttersprache(n) angeben: \_\_\_\_\_

### Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

ja  nein

### evtl. Nebenwohnung:

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Ausbildungsberuf: \_\_\_\_\_

Ausbildung vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_  
(Tag Monat Jahr) (Tag Monat Jahr)

zuständiger Ausbilder: Herr / Frau \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**Bitte  
Kopie des  
Ausbildungs-  
vertrages  
beifügen**

### Personensorgeberechtigte(r) für minderjährige Schüler (bitte alle angeben):

Vater  Mutter  Sonstige

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Anrede:  Herr  Frau

PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

Vater  Mutter  Sonstige

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Anrede:  Herr  Frau

PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

alleiniges Personensorgerecht?  ja  nein (bitte Namen und Adresse angeben)

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

★ = freiwillige Angabe

**Bitte wenden ...**

**Werdegang:**

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Welchen **Abschluss** haben Sie an der **allgemeinbildenden Schule** erreicht?

- |                          |                                    |                          |                           |                          |                |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | Hauptschulabschluss                | <input type="checkbox"/> | Realschulabschluss        | <input type="checkbox"/> | ohne Abschluss |
| <input type="checkbox"/> | qualifizierter Hauptschulabschluss | <input type="checkbox"/> | allgemeine Hochschulreife |                          |                |

Bitte doppel-seitige Zeugnis-kopie beifügen

Zeugnisdatum: \_\_\_\_\_ Name der allg. Schule: \_\_\_\_\_

Haben Sie zuletzt eine **berufliche Schule/Studieneinrichtung** besucht?

- nein  ja

Name der berufl. Schule/Einrichtung: \_\_\_\_\_

Anschrift der Schule/Einrichtung: \_\_\_\_\_

**Abschluss**

- |                               | nein                     | ja                       |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Berufsvorbereitungsjahr:    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Berufsgrundbildungsjahr:    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Berufsschulpflichterfüller: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Berufsschule:               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Berufsfachschule:           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Fachoberschule:             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Fachschule:                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Berufliches Gymnasium:      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Fachhochschule:             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Universität:                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte doppel-seitige Zeugnis-kopie beifügen

Abschluss-zeugnisdatum: \_\_\_\_\_ Name der abgeschl. Schule/Einrichtung: \_\_\_\_\_

Haben Sie **andere Maßnahmen** besucht?

z.B. Freiwilliges ökologisches Jahr \_\_\_\_\_

Fügen Sie dieser Anmeldung bitte unbedingt die

**von Ihrem Ausbildungsbetrieb bestätigte Kopie der**

**Bescheinigung des Gesundheitsamtes nach § 43 Abs. 5 des Infektionsschutzgesetzes**

**und mind. 1**

**Paßbild**

bei.

**Lassen Sie diese Anmeldung bitte von Ihrem Ausbilder bestätigen und gegebenenfalls unten ausfüllen:**

- Turnuswunsch (kann nur realisiert werden, wenn entsprechende Klassen gebildet werden)
- A**  **B**  **C**

- Einordnung in eine Klasse des Ausbildungsjahres
- 1**  **2**  **3**

\_\_\_\_\_  
Stempel des Ausbildungsbetriebes

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ausbilder/-in