

Anmeldung für den Berufsschulunterricht - Schuljahr 2021/22

<Bitte ankreuzen bzw. in lesbaren Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.>

Sie werden gegen **Ende der Sommerferien** schriftlich über die Berufsschultage informiert.

Daten der Schülerin bzw. des Schülers

Name: _____ Vorname: _____

Geschlecht weiblich männlich divers

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Geburtsland: Deutschland _____

Nationalität: deutsch _____

Bekenntnis/Konfession: evangelisch katholisch jüdisch orthodox syrisch-orthodox islamisch alevitisch
 mennonitisch

andere Konfession _____ ohne Konfession

Straße und Haus-Nr. _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon (Festnetz): _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Nur für Schülerinnen und Schüler mit **Migrationshintergrund** (ausländische Herkunft der Familie, AussiedlerInnen):

Zuzugsjahr: _____ Sprache in der Familie: _____

Daten der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten (Angaben sind auch bei volljährigen SchülerInnen erforderlich)

Name: _____ Vorname Mutter: _____ Vorname Vater: _____

Geburtsland Mutter: Deutschland _____ Geburtsland Vater: Deutschland _____

Straße und Haus-Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon (Festnetz): _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Angaben zur Berufsausbildung

Beruf: _____

Zuständige Kammer: ApothK HWK IHK ZÄK Münster _____

Beginn der Ausbildung: _____ Dauer: _____ Jahre; wird die Ausbildung verkürzt? ja, um _____ Monate

Betrieb/Praxis: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ FAX: _____

E-Mail: _____

Zuständige/r Ausbilder/in: Frau /Herr _____

Passbild

bitte hier
aufkleben!

Vor- und Zuname des Schülers:

Name: _____

Welche Schule besuchen Sie zurzeit bzw. haben Sie als letzte Schule besucht?

Schulform (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Förderschule	<input type="checkbox"/> Hauptschule	<input type="checkbox"/> Realschule	<input type="checkbox"/> Gesamtschule	<input type="checkbox"/> Gymnasium	<input type="checkbox"/> Weiterbildungskolleg
letzte Klasse:	<input type="checkbox"/> Ausbildungsvor- bereitung VZ (AV IK)	<input type="checkbox"/> Berufskolleg (BFS1)	<input type="checkbox"/> Berufskolleg (BFS2)	<input type="checkbox"/> Berufskolleg (BFS2)	<input type="checkbox"/> Berufskolleg (KAF, KAI, KAB)	<input type="checkbox"/> Berufskolleg (Höhere Handelsschule)
	<input type="checkbox"/> Berufskolleg eines anderen Berufsfeldes (Technik, Ernährung und Hauswirtschaft, Soziales und Gesundheit, ...)					<input type="checkbox"/> Berufskolleg (Berufsschule)
						<input type="checkbox"/> sonstige: _____

Schulname: _____

Anschrift: _____

Bundesland: _____

Mit welchem Schulabschluss werden Sie zu uns kommen?

Entlassdatum bzw. Zeugnisdatum	Schulabschluss (bitte ankreuzen)								
<input type="checkbox"/> Sommer 31.07.2022 <input type="checkbox"/> _____.____.20__	<input type="checkbox"/> ohne	<input type="checkbox"/> HS 9	<input type="checkbox"/> HS 10 (10A)	<input type="checkbox"/> FOR (10B)	<input type="checkbox"/> FOR Q	<input type="checkbox"/> FHR	<input type="checkbox"/> AHR	<input type="checkbox"/> Hochschul- Fachhochschul- abschluss	<input type="checkbox"/> Berufs- abschluss

Sofern Sie über die FOR verfügen, können Sie sich **verbindlich** für die Teilnahme an einem Kurs zum Erwerb der Fachhochschulreife – FHR – anmelden. Das Angebot steht unter dem Vorbehalt des Zustandekommens einer Lerngruppe. Der Unterricht findet **abends** statt. Der Ausbildungsbetrieb muss einverstanden sein.

Ich habe das Einverständnis meines Ausbildungsbetriebes eingeholt und melde mich **verbindlich** für den FHR-Kurs an

nein ja Unterschrift: _____

Einverständnis: Unterschrift des Ausbildungsbetriebes: _____

Stempel des Ausbildungsbetriebes: _____

Damit wir Sie bestmöglich fördern können, benötigen wir die nachfolgenden Angaben:

<input type="checkbox"/>	<p>Ich habe einen <u>anerkannten</u> Förderbedarf mit dem Schwerpunkt:</p> <input type="checkbox"/> Sehen (Blinde) <input type="checkbox"/> Emotionale und soziale Entwicklung <input type="checkbox"/> Geistige Entwicklung <input type="checkbox"/> Hören und Kommunikation (Gehörlose) <input type="checkbox"/> Körperliche und motorische Entwicklung <input type="checkbox"/> Lernen <input type="checkbox"/> Sprache <input type="checkbox"/> Hören und Kommunikation (Schwerhörige) <input type="checkbox"/> Sehen (Sehbehinderte)
<input type="checkbox"/>	<p>Ich benötige aufgrund meines <u>anerkannten</u> Förderbedarfs</p> <input type="checkbox"/> Hilfsmittel. <input type="checkbox"/> keine Hilfsmittel.

(Name in Druckbuchstaben)

Ort, Datum

Unterschrift

Reichen Sie bitte mit diesem Anmeldeformular noch folgende Unterlagen bei uns ein:

- Kopie des **Ausbildungsvertrages** (sofern bereits vorhanden)
- Kopie des **letzten (Abschluss-)Zeugnisses**
- **1 Passbild**