



## Anmeldung für den Berufsschulunterricht - Schuljahr 2020/21

<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 \_\_\_\_\_

**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
	<input type="checkbox"/> Ausbildungsvorbereitung VZ (AV IK)	<input type="checkbox"/> Berufskolleg (BFS1)	<input type="checkbox"/> Berufskolleg (BFS2)	<input type="checkbox"/> Berufskolleg (KAF, KAI, KAB)	<input type="checkbox"/> Berufskolleg (Höhere Handelsschule)	<input type="checkbox"/> Berufskolleg (Berufsschule)
letzte Klasse:	<input type="checkbox"/> Berufskolleg eines anderen Berufsfeldes (Technik, Ernährung und Hauswirtschaft, Soziales und Gesundheit, ...)					<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 31.07.2020 <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"/> Hochschulabschluss	<input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss	<input type="checkbox"/> Berufsabschluss

**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"/>	<b>Ich habe einen <u>anerkannten</u> Förderbedarf mit dem Schwerpunkt:</b> <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"/>	<b>Ich benötige aufgrund meines <u>anerkannten</u> Förderbedarfs</b> <input type="checkbox"/> Hilfsmittel. <input type="checkbox"/> keine Hilfsmittel.

\_\_\_\_\_  
(Name in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift