

Anmeldung zum Besuch der Berufsschule**(duale Ausbildung)** für das Schuljahr

Friedrichshöfer Straße 31

25704 Meldorf

Telefon: (0 48 32) 903 - 0

Telefax: (0 48 32) 903 - 250

Angaben zum/zur Auszubildenden

| | | | |
|--|----------------------|-------------|---|
| Nachname, Vorname: | <input type="text"/> | | |
| Geburtsdatum: | <input type="text"/> | Geburtsort: | <input type="text"/> |
| Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w | | | |
| Straße und Hausnr.: | <input type="text"/> | | |
| PLZ und Wohnort: | <input type="text"/> | | |
| Staatsangehörigkeit: | <input type="text"/> | | |
| Die Angabe der Mailadresse des/der Auszubildenden ist zwingend erforderlich!!! | | | |
| Telefon: | <input type="text"/> | E-Mail: | <input type="text"/> |
| Mobil-Telefon: | <input type="text"/> | Umschüler: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Angaben zu den Erziehungsberechtigten (bei Auszubildenden unter 18 Jahren)

| | | | |
|-----------------------------|----------------------|---------|----------------------|
| Nachname(n), Vorname(n): | <input type="text"/> | | |
| Straße und Hausnr.: | <input type="text"/> | | |
| PLZ und Wohnort: | <input type="text"/> | | |
| Telefon: | <input type="text"/> | E-Mail: | <input type="text"/> |

Angaben zum Bildungsweg des/der Auszubildenden

| | | | |
|-----------------------------|----------------------|----------------|----------------------|
| Zuletzt besuchte Schule: | <input type="text"/> | Abgangsjahr: | <input type="text"/> |
| Schulabschluss: | <input type="text"/> | Abgangsklasse: | <input type="text"/> |

Angaben zur Ausbildung

| | | | |
|---|----------------------|------------------|----------------------|
| Ausbildungsberuf, ggf. Fachrichtung/ Schwerpunkt: | <input type="text"/> | | |
| Ausbildungsbeginn: | <input type="text"/> | Ausbildungsende: | <input type="text"/> |
| Zuständige Kammer: | <input type="text"/> | | |

Angaben zum Ausbildungsbetrieb

| | | | |
|---------------------|----------------------|----------|----------------------|
| Ausbildungsstätte: | <input type="text"/> | | |
| Straße und Hausnr.: | <input type="text"/> | | |
| PLZ und Ort: | <input type="text"/> | | |
| Telefon: | <input type="text"/> | Telefax: | <input type="text"/> |
| Ausbilder/-in: | <input type="text"/> | E-Mail: | <input type="text"/> |

Der Ausbildungsbetrieb erhebt keine Daten, deren Verwendung durch den Betrieb gegen das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) verstoßen oder verstoßen könnten. Bitte erfragen Sie weitere Daten bei der Einschulung.

Hinweis zur Übertragung des Formulars per E-Mail:

Das Dokument bitte per E-Mail an Anmeldung@bbz-dithmarschen.de senden.
Ort, Datum

Unterschrift des/der Ausbilders/Ausbilderin