

Anmeldung zur Berufsschule (Pflichtfelder sind mit * markiert)

Hinweis:

Bitte senden Sie uns diese Anmeldung unmittelbar nach Abschluss des Ausbildungsvertrages zu. Sie erhalten dann von uns die Berufsschulzeiten für Ihren Auszubildenden.

An die
Berufliche Schulen Groß-Gerau
Darmstädter Str. 90
64521 Groß-Gerau

Mail: poststelle@bsgg.net
Fax: 06152 935-200

Firma*:

Str. / Nr.*:

PLZ/Ort*:

verantwortliche/r Ausbilder/in

Name*:

Tel*:

Fax:

E-Mail*:

Mobil:

Persönliche Daten der/des Auszubildenden

Name*:

Geburtsname:

Vorname*:

Geburtstag*:

Geburtsort*:

Geburtsland*:

PLZ/Ort*:

Tel./Mobil*:

Staatsangehörigkeit*:

Zuzug nach
Deutschland:

gesetzliche/r Vertreter/in

Name:

Vorname:

Str. / Nr.:

PLZ/Ort:

Tel./Mobil:

Geschlecht*:

☐

M

☐

W

Divers

Straße/Nr.*:

E-Mail*:

Daten zur Ausbildung

Teilzeitausbildung: ja ☐ nein ☐

Umschüler: ja ☐ nein ☐

Ausbildungsberuf*

Fachrichtung / Schwerpunkt / Handlungsfeld:

Ausbildungsbeginn*:

Ausbildungsende*:

Verkürzung der Ausbildung*: nein ☐

ja ☐ um Monate

Grund für die Verkürzung:

Bisheriger schulischer Werdegang

Name der zuletzt besuchten Schule/Schulort*: /

Bundesland:

letzte besuchte Schulform

- ☐ Hauptschule
☐ Realschule
☐ verbundene Haupt- und Realschule
☐ Gesamtschule
☐ Gymnasium/Berufliches Gymnasium
☐ Fachoberschule
☐ Berufsfachschule
☐ Bildungsgänge zur Berufsvorbereitung (BzB/BVJ)
☐ Sonstiges z.B. Intensivklasse/InteA:

letzte Klassenstufe

- ☐ 9
☐ 10
☐ 11
☐ 12
☐ 13

höchster bisheriger Abschluss

- ☐ ohne Hauptschulabschluss
☐ Hauptschulabschluss*
☐ Realschulabschluss*
☐ Fachhochschulreife*
☐ Abitur*
☐ Berufsschulabschluss*
☐ sonst. Abschluss*
☐ abgeschlossene Berufsausbildung als*:

*Kopie bitte als Beleg beifügen

Behinderung/Beeinträchtigung/chronische Erkrankung:

Grad und Art der Behinderung, Beeinträchtigung oder chronische Erkrankung, soweit es für den Schulbesuch bzw. für einen Nachteilsausgleich von Bedeutung ist.

Hinweise für die Berufsschule / Bemerkungen / Erläuterungen:

Per E-Mail an
Beruflichen
Schulen senden

Stempel des
Ausbildungsbetriebes
(entfällt bei digitaler Abgabe)

Datum, Unterschrift *

Anmeldung BS_2019-03

Ersteller:
eiß

Prüfer:
eiß

Freigeber:
eiß

Revision:
1.1

Datum:
2019-03-12

VA: