

Anmeldung Berufsschule Kraftfahrzeugmechatronik 2. Lehrjahr

Personenkraftwagentechnik

System- und Hochvolttechnik

Beizufügende Unterlagen:	Kopie Ausbildungsvertrag (ohne Ausbildungsvertrag kann die Anmeldung leider nicht bearbeitet werden)
---------------------------------	--

Persönliche Angaben				
Nachname:				
Vorname:			Geschlecht:	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Geburtsdatum:		Geburtsort:		Geburtsland:
Straße und Hausnummer:				
PLZ und Wohnort / Teilort:				
Staatsangehörigkeit:		Konfession:		
Telefon:		Mobil:		
E-Mail:				
Überwiegend in der Familie gesprochene Sprache?	<input type="checkbox"/> deutsch	<input type="checkbox"/> nicht deutsch, sondern: _____		

Erziehungsberechtigte/Sorgeberechtigte (bei Auszubildenden unter 18 Jahren)	
Nachname(n), Vorname(n):	
Straße und Hausnummer:	
PLZ und Wohnort:	
Telefon:	
E-Mail-Adresse:	

Schulische Vorbildung bzw. zuletzt erreichter Abschluss (bitte ankreuzen)								
Ohne Abschluss	Hauptschulabschluss	Mittlerer Bildungsabschluss					Fachhochschulreife	Abitur/Hochschulreife
		Werkreal-Schule	Realschule	Gymnasium	Gemeinschaftsschule	Fachschulreife oder mittlerer Bildungsabschluss an einer berufl. Schule (FSR)		
(OHS)	(HS)	(WRS)	(RS)	(RSG)	(RSGSS)	(FSR)	(FHRS)	(HR)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BVJ (BVJ) / VAB (VAB): <input type="checkbox"/>				BEJ (BEJ): <input type="checkbox"/>				
Abgeschlossene Berufsausbildung als:								

Angaben zur Ausbildung (bitte ankreuzen)

- Reguläre Berufsausbildung mit Berufsausbildungsvertrag bei IHK oder Handwerkskammer
 Maßnahme mit **Bildungsgutschein** der Bundesagentur für Arbeit
Bildungsgutschein-/Kundennummer: _____
 Übernahme/Förderung durch die Bundeswehr
 Umschulung über die Rentenversicherung
 Festgestellter Anspruch auf sonderpädagogisches Bildungsangebot

Ausbildungsbeginn/
Beginn der Maßnahme:

Schriftliche Abschlussprüfung (Teil II):

 Sommer: _____Ausbildungsende/
Ende der Maßnahme: Herbst: _____**Angaben zum Ausbildungsbetrieb**

Ausbildungsstätte:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Ort:

Telefon:

Telefax:

E-Mail-Adresse:

Ansprechpartner(in):

Datum und Unterschrift des Ausbildungsbetriebs / des Bildungsträgers

Firmenstempel