

Erstanmeldung

(Angabe der Daten gem. Art. 85 BayEUG verpflichtend)



Städt. Berufsschule für den Einzelhandel Mitte

Beachten Sie bitte:

- Verwenden Sie leserliche Druckbuchstaben!
- Kreuzen Sie das Zutreffende an!

Klasse: **Orgaklasse** (Wird von der Schule ausgefüllt!)

Branche (z. B. Lebensmittel, Textil, Heimwerker):

Ausbildung: Verkäufer Einzelhändler EQ J

Ausbildungsdauer lt. Vertrag: 3 Jahre 2,5 Jahre 2 Jahre 1,5 Jahre 1 Jahr
 KombiModell (3 Jahre VK)

Schulbildung:

- Hauptschule/Mittelschule:**
 - erfolgreicher Haupt/Mittelschulabschluss qualifizierender Hauptschulabschluss
 - Mittlerer Schulabschluss(M-Zweig/mittlere Reife) ohne Schulabschluss
- Realschule**
 - Mittlere Reife erfolgreicher Hauptschulabschluss
- Wirtschaftsschule**
 - Mittlerer Schulabschluss ohne Schulabschluss
- Gymnasium/FOS**
 - Mittlere Reife fachgebundene Fachhochschulreife (Fachabitur)
 - allgemeine Hochschulreife (Abitur)
- sonstige Schulart**
 - sonstiger Abschluss BVJ BVB

Name und Adresse, Jahrgang der zuletzt besuchten Schule:

männlich weiblich divers

Familienname:

Vorname(n):

Geburtsdatum:

Geburtsort:Geb.-Land.....

falls nicht in Deutschland geboren: Jahr des Zuzugs in die BRD:.....

Welche Sprache wird zu Hause gesprochen:.....

- Glaubensbekenntnis:** röm.-kath. evang. islamisch griech.ortho.
 israelitisch neuapostolisch Zeugen Jehovas
 sonstige Bekenntnisse bekenntnislos

.....bitte wenden

Staatsangehörigkeit:

Ihre Adresse: Straße mit Hausnr.:

Postleitzahl mit Ort:

Telefon:

E-Mail:

Sind Sie volljährig? (18 Jahre alt) nein ja

bitte nur ausfüllen, wenn Sie noch nicht volljährig sind!

Ihre Eltern bzw. Erziehungsberechtigten: Eltern Mutter Vater Vormund

Name und Vorname eines Erziehungsberechtigten:

Haben Ihre Eltern dieselbe Adresse wie Sie? ja nein

Falls nein: Straße mit Hausnummer:

Postleitzahl mit Ort:

Telefon:

IHK-Azubi-Identnr:

1	5	5																	
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

von rechts beginnen

Ausbildungsbetrieb/Filiale:

Name Ihrer Ausbilderin/ Ihres Ausbilders:

Ausbildungs-Beginn..... Ausbildungs-Ende.....

Telefon: FAX: E-Mail:.....

Straße mit Hausnummer:.....

Postleitzahl mit Ort:.....

Ich bin einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten an die an der Schule tätigen sozialpädagogischen Fachkräfte weitergegeben und meine Noten und Fehlzeiten sowie die Halbjahresmitteilungen über die Vorschriften der Allgemeinen Schulordnung und Berufsschulordnung (BSO) hinausgehend übermittelt werden dürfen. Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

Datum

Ihre Unterschrift: