



**Anmeldeformular Teilzeitschularten**

für Schuljahr: \_\_\_\_\_

- Berufsschule (BS) Ausbildungsberuf: \_\_\_\_\_ Fachrichtung: \_\_\_\_\_  
 Sonderberufsschule (SBS) Ausbildungsberuf: Fachpraktiker/in Küche  
 Kooperative Berufsvorbereitung (KoBV)

**Schülerangaben:**

Familiennamen:		Vorname:		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum:		Geburtsort mit Geburtsland:		
PLZ:	Wohnort:	Ortsteil:		
Straße:	Telefon:	Email:		
Staatsangehörigkeit:		Konfession: <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> römisch-katholisch <input type="checkbox"/> keine Angabe <input type="checkbox"/> muslimisch <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> sonstige: _____		
Muttersprache: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere		Heimunterbringung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Schulische Vorbildung	<input type="checkbox"/> ohne Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Werkrealschulabschluss <input type="checkbox"/> Realschulabschluss	<input type="checkbox"/> Realschulabschluss am Gymnasium <input type="checkbox"/> Fachschulreife <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Abitur		
Letzte besuchte Schulart	<input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Haupt-/Werkrealschule <input type="checkbox"/> Realschule	<input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Berufsvorbereitungsjahr (VAB) <input type="checkbox"/> Berufseinstiegsjahr (BEJ)	<input type="checkbox"/> Berufsschule <input type="checkbox"/> Berufsfachschule <input type="checkbox"/> sonstige: _____	
Name der letzten besuchten Schule (vor Besuch GSD)				

Freiwillige Angabe: besteht Anspruch auf ein fortgeschriebenes sonderpädagogische Bildungsangebot?  
 ja  nein (falls ja bitte Kopie des Anspruchbescheids beilegen)

**Erziehungsberechtigte:**

Vater  Mutter  Eltern  sonstig. Bezugspersonen: \_\_\_\_\_

Familiennamen:		Vorname:	
PLZ:	Ort:		
Straße:	Telefon:	Email:	

**Ausbildung und Betrieb:**

Ausbildungsdauer:	<input type="checkbox"/> 3 ½ Jahre	<input type="checkbox"/> 3 Jahre	<input type="checkbox"/> 2 ½ Jahre	<input type="checkbox"/> 2 Jahre
Ausbildungsbetrieb:	Ansprechpartner:			
Straße:	PLZ / Ort:			
Telefon:	Email:			
Fax:				
Ausbildungsbeginn:	Ausbildungsende:			