

Anmeldung von Auszubildenden für das Schuljahr: _____

Bitte vollständig ausfüllen

Ausbildungsberuf

(ggf. Fachrichtung oder Schwerpunkt) _____

Klasse: _____

Name: _____	Adresse: Bundesland (falls nicht Hessen) _____
Vorname: _____	Straße: _____
geb. am: _____	PLZ Wohnort: _____
Geschlecht: männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	Tel.: _____
Konfession: _____	Geburtsort: _____
Staatsangehörigkeit: _____	Geburtsland: _____
	nach Deutschland zugezogen im Jahr: _____

Daten nur bei Minderjährigen ausfüllen

Erziehungsberechtigt: _____
Straße: _____
PLZ: _____
Wohnort: _____
Tel.: _____

Daten zur vorher besuchten Schule

Vorher besuchte Schule (Name und Ort) _____ Zuletzt besuchte Klasse: Jahrgangsstufe: <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 oder <input type="checkbox"/> 13	Art des höchsten Schulabschlusses <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluß <input type="checkbox"/> ohne Hauptschulabschl. <input type="checkbox"/> Realschulabschluss <input type="checkbox"/> Berufsfachsch. (mittl.B.) <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss <input type="checkbox"/> Abitur (allg. Hochschulr.)
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Daten zur betrieblichen Ausbildung

Ausbildungsbetrieb: _____	
Straße: _____	
PLZ: _____	
Ort: _____	
Tel.: _____	
Fax.: _____	
Betriebliche Ausbilderin/Betrieblicher Ausbilder Frau/Herr: _____	
Tel.: _____	
Email-Adresse: _____	
Dauer der Ausbildung: <input type="checkbox"/> 1 Jahr <input type="checkbox"/> 2 Jahre <input type="checkbox"/> 2 ½ Jahre <input type="checkbox"/> 3 Jahre <input type="checkbox"/> 3 ½ Jahre	ggf. beabsichtigte Verkürzung auf _____ Jahre
Beginn des Ausbildungsverhältnisses: _____	