

Besuch der Berufsschule

Bitte bei der Berufsschule einreichen

Anmeldung für das Schuljahr /



Haupthaus: Carl-Franz-Straße 14 | 35392 Gießen | Fon 0641 2646 | Fax 0641 201960

Formular bitte senden an: anmeldung@wbs-gi.de

Angaben Auszubildende/r

Umschüler/in: ja nein

Name:

Vorname:

Geschlecht: männlich weiblich inter/divers Geburtsdatum:

Religion: Geburtsort:

Straße/Hausnr.:

PLZ/Ort:

Telefon: Mobil:

E-Mail:

Geburtsland¹:

¹ Falls Geburtsland Deutschland nicht zutrifft, seit wann sind Sie in Deutschland:

Staatsangehörigkeit: Familiensprache:

Sprachkurs/Sprachförderung: nein ja²

² Falls Sprachkurs/Sprachförderung zutrifft, über welchen Zeitraum:

Kurs-Beginn: Kurs-Ende:

Institut:

Ort:

Sprachzertifikat (A1–B2):

Angaben zum Bildungsweg des/der Auszubildenden

Zuletzt besuchte Schule:

Schulort:

Abgangsklasse: Abgangsjahr:

Nachweis über die Erfüllung der gesetzlichen Vollzeitschulpflicht (mind. 9 Jahre):

Zeitpunkt der ersten Einschulung:
(Vorklasse zählt NICHT als Schulbesuchsjahr)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> BO-Abschluss | <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife |
| <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss (HSA) | <input type="checkbox"/> Allgemeine Hochschule |
| <input type="checkbox"/> Qualifizierender Hauptschulabschluss
– mit Englisch (QHSA) | <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss |
| <input type="checkbox"/> Realschulabschluss / Mittlerer Abschluss | <input type="checkbox"/> Ausländischer
Bildungsabschluss |
| <input type="checkbox"/> Berufsfachschulabschluss | <input type="checkbox"/> ohne Abschluss |
- WICHTIG!

Ort, Datum:

Unterschrift Auszubildende/r (Bitte ausdrucken und im Original unterschreiben)

Unterschrift Ausbilder/in (Bitte ausdrucken und im Original unterschreiben)

Angaben Erziehungsberechtigte/r

Notfallkontakt

Name:

Vorname:

Straße/Hausnr.:

PLZ/Ort:

Telefon: Mobil:

E-Mail:

Arbeitsstelle:

Telefon Arbeitsstelle:

Bei Unterbringung in Wohngruppe

Name der Wohngruppe:

Straße/Hausnr.:

PLZ/Ort:

Telefon Wohngruppe:

Ansprechpartner/in:

Telefon: Mobil:

E-Mail:

Angaben zum Ausbildungsbetrieb

Firma:

Straße/Hausnr.:

PLZ/Ort:

Landkreis:

Ansprechpartner/in:

Telefon: Telefax:

E-Mail:

Angaben zur Ausbildung

Beruf:

Fachrichtung:

Dauer der Ausbildung:

1 Jahr 2 Jahre 2 ½ Jahre 3 Jahre 3 ½ Jahre

Ggf. Verkürzung auf Jahre. Zuständige Kammer:

Ausbildungsbeginn: Ausbildungsende: