

ANMELDUNG

für die Kaufmännische Berufsschule

Schülerdaten					
Familienname		Vorname		Geburtsname	
Geburtsdatum		Geburtsort		Geburtsland	
Straße / Haus-Nr.		PLZ		Wohnort (mit Ortsteil)	
Telefon		Handy		E-Mail	
Nationalität		Konfession		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Erziehungsberechtigte(r) <i>Nur ausfüllen, falls Auszubildende/r noch nicht volljährig</i>					
Familienname		Vorname		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
<i>Nur ausfüllen, falls abweichend von den Angaben der Schülerin, bzw. des Schülers</i>					
Straße / Haus-Nr.		PLZ		Wohnort (mit Ortsteil)	
Telefon		Handy		E-Mail	
Vorbildung (alle bisherigen Vorbildungen ankreuzen bzw. eintragen)					
Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Abschluss Berufsvorbereitungsjahr <input type="checkbox"/> Abschluss Berufseinstiegsjahr <input type="checkbox"/> Abschluss 1-jährige Berufsfachschule <input type="checkbox"/>		Mittlere Reife <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Werkrealschule <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsschule <input type="checkbox"/> 2-jährige Berufsfachschule <input type="checkbox"/> Kaufmännisch <input type="checkbox"/> Gewerblich <input type="checkbox"/> Hausw./landw./sozialpäd./sozialpfl. <input type="checkbox"/> Gesundheit und Pflege <input type="checkbox"/>		Berufskolleg <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Allgem. Hochschulreife <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Berufl. Gymn. <input type="checkbox"/> Art:	
Zuletzt besuchte Schule					
..... Datum	 Unterschrift des Auszubildenden (bei Minderjährigen zusätzlich der Erziehungsberechtigte)			
Ausbildungsbetrieb					
Betrieb			Ansprechpartner (mit Telefon)		
Straße / Haus-Nr.		PLZ		Ort	
Telefon		Fax		E-Mail	
				Landkreis (z.B. OG)	
Ausbildungsberuf		Ausbildungsvertrag von bis			<input type="checkbox"/> Umschüler <input type="checkbox"/> Praktikant
Nur für Kaufleute im Einzelhandel:		Wahlfach Französisch ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Zuständige Kammer					
<input type="checkbox"/> IHK Südlicher Oberrhein <input type="checkbox"/> Notarkammer Stuttgart		<input type="checkbox"/> IHK <input type="checkbox"/> Rechtsanwaltskammer Freiburg		<input type="checkbox"/> HWK <input type="checkbox"/> Regierungspräsidium Karlsruhe	

_____ Datum

_____ Stempel und Unterschrift des Ausbildungsbetriebes