

# Anmeldung zum Besuch der Berufsschule in Rheinland-Pfalz

An die  
örtlich zuständige Berufsschule

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## I. Auszubildende/Auszubildender:

Familiennam e: \_\_\_\_\_ Vo rname: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ Wohnort: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Mobil-Nr.: \_\_\_\_\_

Behinderungen und Krankheiten, soweit sie für die Berufsschule von Bedeutung sind: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## II. Bisheriger Schulbesuch:

Datum der Ersteinschulung: \_\_\_\_\_ Entlassen aus Klasse: \_\_\_\_\_

Datum des Abschluss-/Abgangszeugnisses: \_\_\_\_\_

Zuletzt besuchte Schule: \_\_\_\_\_

## III. Erziehungsberechtigte bei Minderjährigen:

Familiennam e: \_\_\_\_\_ Vorname: Mutter \_\_\_\_\_ Vorname: Vater \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

## IV. Berufsausbildungsverhältnis:

Ausbildungsberuf: \_\_\_\_\_ Fachrichtung/ -bereich: \_\_\_\_\_

Beginn der Ausbildung: \_\_\_\_\_

Ende der Ausbildung: \_\_\_\_\_

Dauer der Ausbildung: \_\_\_\_\_ Jahre

## V. Ausbildungsbetrieb:

Firma: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

Ort.: \_\_\_\_\_

Telefon Nr.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift des Auszubildenden bzw. des Erziehungsberechtigten