

Anmeldung in Vollzeitschulen – VAB und BEJ

Vorqualifizierungsjahr Arbeit / Beruf - VABR - Regelform <input type="checkbox"/> - VABO - ohne Deutschkenntnisse <input type="checkbox"/>	Bitte nummerieren (1, 2, ...)
	Druck- u. Gestaltungstechnik
	Körperpflege (nur Koop)
	Metalltechnik

Berufseinstiegsjahr <input type="checkbox"/>	Bitte nummerieren (1, 2, ...)
	Druck- u. Gestaltungstechnik
	Kfz.-Technik
	Metalltechnik

Schülerdaten:																				
1.	Nachname: Vorname: Geboren am: Geburtsort: Geburtsland: Straße: Telefon: / <small>(Vorwahl) (Rufnummer)</small> Postleitzahl und Wohnort: Nationalität: Religion: Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich sonstiges: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet																			
2.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Bisherige Schule</th> <th>Name der Schule / Schulort</th> <th>Klasse: (von - bis)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Werkrealschule</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Realschule</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Zweijährige Berufsfachschule</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gymnasium</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>sonstige</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Bisherige Schule	Name der Schule / Schulort	Klasse: (von - bis)	Werkrealschule			Realschule			Zweijährige Berufsfachschule			Gymnasium			sonstige			
Bisherige Schule	Name der Schule / Schulort	Klasse: (von - bis)																		
Werkrealschule																				
Realschule																				
Zweijährige Berufsfachschule																				
Gymnasium																				
sonstige																				
3.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Erziehungsberechtigter / Bezugsperson</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Heimleitung <input type="checkbox"/> sonstiges </td> </tr> <tr> <td> Nachname: Vorname: Straße: Plz / Ort: Telefon: / <small>(Vorwahl) (Rufnummer)</small> </td> </tr> </tbody> </table>	Erziehungsberechtigter / Bezugsperson	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Heimleitung <input type="checkbox"/> sonstiges	Nachname: Vorname: Straße: Plz / Ort: Telefon: / <small>(Vorwahl) (Rufnummer)</small>																
Erziehungsberechtigter / Bezugsperson																				
<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Heimleitung <input type="checkbox"/> sonstiges																				
Nachname: Vorname: Straße: Plz / Ort: Telefon: / <small>(Vorwahl) (Rufnummer)</small>																				

Datum:

.....
 Unterschrift Schüler(in)

.....
 Bei Minderjährigen: ggf. Unterschrift des Erziehungsberechtigten