

An die Berufliche Schule Gesundheit Luftfahrt Technik

Fax: 0 40/42 89 53-247, E-mail: bs10@hibb.hamburg.de

Anmeldung zum Berufsschulunterricht

Umschüler: ja nein

Träger der Umschulung (Name, Anschrift) : _____

Ausbildungsberuf: _____

Schülerdaten:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Vorname: _____ männlich weiblich

Geburtsort: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Muttersprache: _____ Aussiedler : ja nein

Anschrift d. Auszubildenden (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort): _____

Tel.: _____ Bundesland: _____ E-Mail: _____

Name und Anschrift des Erziehungsberechtigten: _____

Schulbildung/Schulabschluss

Schulbesuchsjahre gesamt (seit Einschulung): _____ Letzte Klasse (9,10, usw.): _____

Hauptschule Realschule Abitur Fachabitur Gesamtschule

In welchem Bundesland wurde der Abschluss erworben? _____

In welchem Jahr wurde der Abschluss erworben? _____

Name und Anschrift der zuletzt besuchten Schule: _____

Betriebsdaten

Name und Anschrift des Betriebes: _____

Tel: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Name und Tel. des Ausbilders: _____

Ausbildung von _____ bis _____ **Verkürzung:** ja nein

Ort, Datum

Firmenstempel

Unterschrift