

Anmeldung einer/s Auszubildenden zur Beschulung in Teilzeitausbildung (dual)



Eingang:

Berufsbildende Schulen Schönebeck
 Magdeburger Straße 302
 39218 Schönebeck (Elbe)
 Tel.: 03471 684 622010
 Fax: 03471 684 563220
 E-Mail: sekretariat-bbs-sbk@kreis-slk.de

Anschrift des Ausbildungsbetriebes (Stempel):

Telefon- /Fax-Nr.:

E-Mail-Adresse:

Name des Ausbilders:

Zuständige Kammer:

IHK (Ort):

HWK (Ort):

Kreishandwerkerschaft:

Angaben zur/zum Auszubildenden	
Name:	Vorname:
Straße:	PLZ, Wohnort:
Geb.- Datum: <input type="checkbox"/> weiblich / <input type="checkbox"/> männlich	Geb.-Ort: Geb.-Land:
Staatsangehörigkeit:	Muttersprache:
Erziehungsberechtigte (bei Minderjährigen): Vater: _____ Mutter: _____	Anschrift: Tel.-Nr. :
Ausbildungsberuf:	Fachrichtung, ggf. mit Schwerpunkt:
Ausbildungsprogramm (bitte unbedingt zutreffendes ankreuzen):	
<input type="checkbox"/> nicht zutreffend <input type="checkbox"/> nach § 241 SGB II <input type="checkbox"/> nach § 103 SGB III <input type="checkbox"/> LEP <input type="checkbox"/> Ausbildungsprogramm Ost <input type="checkbox"/> Umschüler <input type="checkbox"/> sonstiges (bitte näher erläutern):	
Dauer der Ausbildung: vom _____ bis _____	
<i>Wenn Verkürzung der Ausbildungszeit, bitte Grund angeben:</i>	
Höchster erreichter Schulabschluss (Zeugniskopie als Anlage beifügen):	
<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss/ Abgangszeugnis <input type="checkbox"/> Abschluss Schule für Lernbehinderte <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> qual. Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Realschulabschluss <input type="checkbox"/> erweiterter Realschulabschluss <input type="checkbox"/> schul. Teil Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Hochschulreife (Abitur)	
Angaben zur Tätigkeit vor Ausbildungsbeginn (bitte unbedingt ankreuzen):	
Schüler an: <input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> integrierte Gesamtschule <input type="checkbox"/> Sekundarschule <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Fachoberschule <input type="checkbox"/> Fachgymnasium <input type="checkbox"/> Berufsvorbereitungsjahr <input type="checkbox"/> Berufsgrundbildungsjahr <input type="checkbox"/> soziales ökologisches Jahr <input type="checkbox"/> Wehr-/ Zivildienst <input type="checkbox"/> abgeschl. Berufsausbildung als: _____ <input type="checkbox"/> Abbruch Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Abbruch Studium <input type="checkbox"/> Erwerbslosigkeit <input type="checkbox"/> sonstiges (bitte näher erläutern):	

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Ausbildungsbetrieb