

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:

Angaben zur/zum Auszubildenden			
Name:		Vorname:	
Straße:		PLZ, Wohnort:	
Geburtsdatum:	<input type="checkbox"/> weiblich / <input type="checkbox"/> männlich / <input type="checkbox"/> divers		Geburtsort:
Staatsangehörigkeit:		Muttersprache:	
Tel.-Nr.:		E-Mail-Adresse:	
Erziehungsberechtigte (bei Minderjährigen): Vater: _____ Mutter: _____		Anschrift:	
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 (Zeugnis kopie 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 Studium <input type="checkbox"/> Erwerbslosigkeit <input type="checkbox"/> sonstiges (bitte näher erläutern): _____			

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Ausbildungsbetrieb