BERUFS BiLDUNGS ZENTRUM Sulzbach

Eine Schule im
REGIONALVERBAND SAARBRÜCKEN

Anmeldung zur Berufsschule

technisch-gewerbliche Berufe:
Schillerstraße 7
66280 Sulzbach
Tel.: 06897 9226-0
Fax: 06897 9226-18
zentrale@bbz-sulzbach.de

kaufmännische Berufe:
Sulzbachtalstraße 83
66280 Sulzbach
Tel.: 06897 9234-0
Fax: 06897 9234-56
zweigstelle@bbz-sulzbach.de

nur von der Schule auszufüllen:

Klasse	
Einschulungsdatum	

☐ Umschüler*in, Name des Maßnahmenträgers: _____

	Angaben Schüler*in	**Angaben Sorgeberechtigte** *)
Nachname		
Vorname		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort		
Telefon		
Mobiltelefon		
E-Mail		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Staatsangehörigkeit		

**) auch für Sorgeberechtigte volljähriger Schüler*innen bis zum 21. Lebensjahr (§20 SchOG).*

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Konfession ☐ katholisch ☐ evangelisch ☐ islamisch ☐ ohne ☐ sonstige Rel.-Gem.

Bestand an früheren Schulen ein Förderplan? ☐ nein ☐ ja

Soll ein Förderplan fortgeführt werden? ☐ nein ☐ ja

Zuletzt besuchte Schule:

Name der Schule	Abschluss	Klasse

Zuletzt besuchte allgemeinbildende Schule:

- ☐ Förderschule
- ☐ Hauptschule
- ☐ Realschule, Sekundarschule, erweiterte Realschule
- ☐ Gymnasium
- ☐ Gesamtschule/Gemeinschaftsschule
- ☐ Freie Walldorfschule

Abschluss:

- ☐ Förderschule mit Abschluss
- ☐ Förderschule ohne Abschluss
- ☐ Hauptschulabschluss
- ☐ ohne Hauptschulabschluss
- ☐ Mittlerer Bildungsabschluss
- ☐ Fachhochschulreife
- ☐ Allgemeine Hochschulreife

Zuletzt besuchte berufsbildende Schule:

- ☐ Berufsschule
- ☐ Berufsgrundbildungsjahr (BGJ), Berufsgrundschuljahr (BGS)
- ☐ Berufsvorbereitungsjahr
- ☐ Berufliches Gymnasium
- ☐ Berufsfachschule
- ☐ Fachoberschule

Abschluss:

- ☐ mit Abschluss
- ☐ ohne Abschluss

Ausbildungsberuf mit Fachrichtung:

_____

Ausbildungsdauer: vom _____ bis _____

☐ 2 Jahre ☐ 2,5 Jahre ☐ 3 Jahre ☐ 3,5 Jahre

Angaben zum Ausbildungsbetrieb

Name des Ausbildungsbetriebes _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon _____

Fax _____

Ausbilder*in (Vor- und Nachname) _____

Telefon (Ausbilder*in) _____

E-Mail (Ausbilder*in) _____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Schüler*in