

## Anmeldung zur Berufsschule

*Technisch-gewerbliche Berufe*  
Schillerstraße 7  
66280 Sulzbach  
Tel.: 06897 9226-0  
Fax: 06897 54346  
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	
Einschulungstermin	

### Angaben zum Schüler/zur Schülerin

Umschüler/Umschülerin

Geschlecht:

männlich  weiblich

volljährig

minderjährig

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon

Mobiltelefon

Religion:  römisch-katholisch  evangelisch  islamisch  sonst. Rel.-Gem.  ohne

Staatsangehörigkeit

Bemerkungen (z. B. Körperliche Beeinträchtigungen, chronische Krankheiten, Bestand an früheren Schulen ein sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf)

### Höchster Abschluss im allgemeinbildenden Schulsystem

#### Bildungsgang

- Förderschule  
 Hauptschule  
 Realschule, Sekundarschule, erweiterte Realschule  
 Gymnasium  
 Gesamtschule  
 Freie Walddorfschule

#### Abschluss

- Förderschule mit Abschluss  
 Förderschule ohne Abschluss  
 Hauptschulabschluss  
 ohne Hauptschulabschluss  
 mittlerer Bildungsabschluss  
 Fachhochschulreife  
 Allgemeine Hochschulreife

## Höchster Abschluss im berufsbildenden Schulsystem

### Bildungsgang

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Berufsschule   | <input type="checkbox"/> Fachoberschule       |
| <input type="checkbox"/> Berufsgrundbildungsjahr (BGJ),<br>Berufsgrundbildungsschuljahr (BGS) | <input type="checkbox"/> Berufsaufbauschule   |
| <input type="checkbox"/> Berufsvorbereitungsjahr (BVJ)  | <input type="checkbox"/> Berufliche Gymnasien |
| <input type="checkbox"/> Berufsfachschule (ohne Höhere Handelsschule)                         | <input type="checkbox"/> Höhere Handelsschule |

### Abschluss

- mit Abschluss  
 ohne Abschluss

## Angaben zum/zur Sorgeberechtigten

auch für Sorgeberechtigte volljähriger Schüler/Schülerinnen bis zum 21. Lebensjahr (§ 20f SchOG)

Anrede  Frau  Herr

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon

Mobiltelefon

## Angaben zum Ausbildungsbetrieb

Name des Ausbildungsbetriebes

Ausbilder/-in

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Fax

E-Mail -Adresse

Ausbildungsberuf  
mit Fachrichtung:

Ausbildungsdauer:

von

bis

2 Jahre

2 1/2 Jahre

3 Jahre

3 1/2 Jahre

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Schüler/Schülerin