



Eingangsstempel Schule
------------------------

# Anmeldung Berufsschule

Moltkestr. 23, 77654 Offenburg, Tel. 0781 805-8300, E-Mail: info@gs-offenburg.de, Internet: https://gs-offenburg.de

Auszubildende/r	
Name:	Vorname:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> divers	Geburtsdatum:
Geburtsort:	Geburtsland: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> anderes: _____
Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> andere: _____	Verkehrssprache: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> andere: _____
Religionszugehörigkeit: <input type="checkbox"/> ev <input type="checkbox"/> rk <input type="checkbox"/> sonstige: _____ <input type="checkbox"/> keine	
Unterrichtswunsch: <input type="checkbox"/> Religion <input type="checkbox"/> Ethik	
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl:	
Ort:	Ortsteil:
Telefon:	E-Mail:
Erziehungsberechtigte/r / Bezugsperson / Betreuende Einrichtung (bei Minderjährigen)	
Name:	Vorname:
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl:	
Ort:	Ortsteil:
Telefon:	E-Mail:
Art der Beziehung: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> gesetzliche/r Vertreter <input type="checkbox"/> andere: _____	
Vorbildung (alle bisherigen Vorbildungen ankreuzen bzw. eintragen)	
<input type="checkbox"/> <b>Kein Abschluss</b> <input type="checkbox"/> <b>Hauptschulabschluss</b> <input type="checkbox"/> Abschluss AV (dual) <input type="checkbox"/> Abschluss 1-j. Berufsfachschule Profil: _____	<input type="checkbox"/> <b>Mittlere Reife</b> <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Werkrealschule <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsschule <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> <b>2-jährige Berufsfachschule</b> Profil: _____
<input type="checkbox"/> <b>Berufskolleg I</b> <input type="checkbox"/> <b>Berufskolleg II</b> <input type="checkbox"/> <b>Fachhochschulreife</b> <input type="checkbox"/> <b>Allgemeine Hochschulreife</b> <input type="checkbox"/> Allg. Gymnasium <input type="checkbox"/> Berufliches Gymnasium Schwerpunkt: _____	
<b>Letzte besuchte Schule (Schulname, Ort):</b>	
Ausbildungsdaten	
Ausbildungsberuf (Fachrichtung):	
Beginn der Ausbildung:	Beginn im <input type="checkbox"/> 1. Jahr <input type="checkbox"/> 2. Jahr <input type="checkbox"/> 3. Jahr
Ende der Ausbildung:	zuständige Kammer:
Ausbildungsbetrieb (Firma):	
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl:	
Ort:	Ortsteil:
Ansprechpartner:	Telefon:
Personalisierte E-Mail für WebUntis-Zugang (max. 2 Zugänge):	
<b>Wir bitten, der Schule eine Kopie der ersten Seite des Ausbildungsvertrags vorzulegen!</b>	