



# Anmeldebogen der Staatlichen Berufsschule I Fürth mit Berufsfachschulen für Ernährung und Versorgung und für Kinderpflege

Fichtenstr. 9, 90763 Fürth

Tel.: 0911-74 34 60 ; Fax: 0911-74 34 639

E-Mail: [info@bs1-fuerth.de](mailto:info@bs1-fuerth.de)

Homepage: [www.berufsschule1-fuerth.de](http://www.berufsschule1-fuerth.de)

Vermerke der Verwaltung

.....  
(Klasse / HZ / Datum)

**ACHTUNG: Ein Nachweis über einen ausreichenden Masernschutz gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG) muss zum Schuleintritt vorgelegt werden.**

- BS - Fachklasse / Ausbildungsberuf** .....
- BGJ Holztechnik** (Berufsgrundschuljahr)
- BGJ Agrarwirtschaft** (Berufsgrundschuljahr)      **BVJ** (Berufsvorbereitungsjahr) / Jugendliche ohne Ausbildung
- BGJ Hauswirtschaft** (Berufsgrundschuljahr)

**Schüler:**

(Familiename)

(Vorname)

**Geschlecht:**

männlich

weiblich

**Schüler ist volljährig:**

ja

nein

**Geboren am:**

(Tag, Monat, Jahr)

**Geburtsort:**

**Geburtsland:**

**Staatsangehörigkeit:**

deutsch

andere (bitte angeben):

**Bekenntnis:**

RK

EV

IL (islam)

OX (orthodox)

BL (bekenntnislos)

sonstiges (bitte angeben):

**Anschrift:**

Straße, Hausnummer

**Diese Anschrift gilt für:**  
(evtl. mehrfach ankreuzen)

Schüler

Eltern

Mutter

Vater

Verwandten

Heim

Sonst.:

PLZ

Ort

Landkreis / Bundesland

**Telefon:**

(mit Vorwahl)

**Mobil:**

**E-Mailadresse:**

**Erziehungsberechtigte ❶ u. ❷ / Ansprechpartner (für Notfälle):**

❶ Name, Vorname:

**Art:**

Eltern

Mutter

Vater

Pflegeeltern

Vormund

Verwandter

Heim

❶ Anschrift falls von Schüleranschrift abweichend:

❶ Telefon:

❷ Name, Vorname:

Mutter

Vater

Pflegeeltern

Vormund

Verwandter

Heim

❷ Anschrift falls von Schüleranschrift abweichend:

❷ Telefon:



**Ausbildungsberuf:** \_\_\_\_\_

**Beginn:** \_\_\_\_\_ **Ende:** \_\_\_\_\_ **Dauer:** \_\_\_\_\_ **Jahre**  
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr

**Ausbildungsart:**  Auszubildender  Praktikant (EQ - Maßnahme)  Umschüler

<b>Betriebsdaten:</b>		<b>Einsatzfiliale, wenn vom Firmensitz abweichend bzw. Kooperationsbetrieb des Maßnahmeträgers</b>	
Firma / Ausbildungsbetrieb		Firma	
Ansprechpartner		Ansprechpartner	
Straße		Straße	
PLZ	Ort	PLZ	Ort
Telefon mit Vorwahl	Fax	Telefon mit Vorwahl	Fax
E-Mail		E-Mail	

**Herkunftsschule / Schuldaten**  
**zuletzt besuchte Schule:** \_\_\_\_\_  
(bitte genaue Bezeichnung) (Ort)

**vorletzte besuchte Schule:** \_\_\_\_\_  
(bitte genaue Bezeichnung) (Ort)

**Schulart am 20.10. (des Vorjahres) besuchte Schule:**

<input type="checkbox"/> --- keine Schule	<input type="checkbox"/> AJO JoA andere BS	<input type="checkbox"/> BIV BIK/V/SIK an eigener Schule
<input type="checkbox"/> AL allg. bild. Schule (MS, RS, GY)	<input type="checkbox"/> BVJ BVJ der BS	<input type="checkbox"/> BIC BIK an anderer Schulart
<input type="checkbox"/> BS Berufsschule (Ausbildungsvertrag)	<input type="checkbox"/> BVA BVJ an anderer BS	<input type="checkbox"/> BIX BIK/V/SIK an anderer BS
<input type="checkbox"/> BSA Ausbildung an anderer BS	<input type="checkbox"/> BGJ BGJ der BS	<input type="checkbox"/> BIJ BIK an eigener Schule
<input type="checkbox"/> AV BS und Maßnahme der AV	<input type="checkbox"/> BGA BGJ an anderer BS	<input type="checkbox"/> BIA BIK/SIK an anderer BS
<input type="checkbox"/> AVA Maßn. der AV an and. BS	<input type="checkbox"/> WS Wirtschaftsschule	<input type="checkbox"/> BIB BIK/V/SIK andere Schulart
<input type="checkbox"/> BFS Berufsfachschule	<input type="checkbox"/> FOS Fachoberschule	<input type="checkbox"/> IVA Int.-Vorkl. An FOS/BOS
<input type="checkbox"/> BFG BFS Gesundheitswesen	<input type="checkbox"/> SO sonstige Schule	<input type="checkbox"/> UNI Hochschule einschl. Studienabbr.
<input type="checkbox"/> EJO JoA eigene BS		

<b>höchster Schulabschluss:</b>	<b>erworben an:</b>
<input type="checkbox"/> VSo erf. Schulpflicht o. Abschl.	<input type="checkbox"/> VS Mittelschule
<input type="checkbox"/> SVS Abschl. Schule ind. Lernf.	<input type="checkbox"/> SVS VS zur sonderp. Förd.
<input type="checkbox"/> HSo Mittelschule ohne Quali	<input type="checkbox"/> RS Realschule
<input type="checkbox"/> HSq Mittelschule mit Quali	<input type="checkbox"/> RSB RS zur sonderp. Förd.
<input type="checkbox"/> M Mittlerer Schulabschluss	<input type="checkbox"/> WS Wirtschaftsschule
<input type="checkbox"/> F Fachg. Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/> GY Gymnasium
<input type="checkbox"/> H Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/> FOS Fachoberschule
<input type="checkbox"/> FH Fachgeb. Hochschulreife	<input type="checkbox"/> BS Berufsschule
<input type="checkbox"/> AH Allg. Hochschulreife	<input type="checkbox"/> SBS BS zur sonderp. Förd.
<input type="checkbox"/> SO sonstiger Abschluss	<input type="checkbox"/> SO Sonstige Schule

**Zuzug in BRD (von allen Schülern auszufüllen, die nicht in Deutschland geboren sind):**

<b>Art:</b>	<input type="checkbox"/> AB Asylbewerber	<input type="checkbox"/> AU Aussiedler
	<input type="checkbox"/> AY Asylbewerber anerkannt	<input type="checkbox"/> FL Flüchtling
	<input type="checkbox"/> AD Asylbewerber geduldet	<input type="checkbox"/> KF Kriegsflüchtling
	<input type="checkbox"/> AS Ausländer	<input type="checkbox"/> SO sonstiger Zuzug

**Zuzugsdatum:** \_\_\_\_\_ **Herkunftsland:** \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift d. Schülers bzw. eines Erziehungsberechtigten