



A N M E L D E B O G E N

Staatl. Berufliches Schulzentrum Fürth
 Staatliche Berufsschule I Fürth mit BFS'n KI/EV
 Fichtenstr. 9, 90763 Fürth
 Tel.: 0911-74 34 60 ; Fax: 0911-74 34 639
 E-Mail: info@bs1-fuerth.de ; Homepage: www.berufsschule1-fuerth.de

Vermerke der Verwaltung <hr/> (Klasse / HZ / Datum)

<input type="checkbox"/> Ausbildungsberuf mit Vertrag:		(Ausbildungsberuf bitte angeben)
<input type="checkbox"/> BVJ (Berufsvorbereitungsjahr)		<input type="checkbox"/> BGJ Hauswirtschaft (Berufsgrundschuljahr)
<input type="checkbox"/> BGJ Holztechnik (Berufsgrundschuljahr)		<input type="checkbox"/> BGJ Friseurhandwerk (Berufsgrundschuljahr)
<input type="checkbox"/> BGJ Agrarwirtschaft (Berufsgrundschuljahr)		
Schüler:	(Familiename)	(Vorname(n))
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
		<input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr):		Schüler ist volljährig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geburtsort:		Geburtsland:
Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> weitere Staatsang.:		
(bitte angeben)		
Bekenntnis / Religion: <input type="checkbox"/> RK römisch-katholisch <input type="checkbox"/> EV evangelisch <input type="checkbox"/> IL islamisch <input type="checkbox"/> OX orthodox		
<input type="checkbox"/> OR ohne Religionszugehörigkeit <input type="checkbox"/> SR sonstige (bitte angeben):		
Anschrift:		
Straße u. Hausnr.		
PLZ und Ort		
Telefon Festnetz:		
Telefon Mobil:		
E-Mailadresse:		
Diese Anschrift gilt für (evtl. mehrfach ankreuzen):		
	<input type="checkbox"/> Schüler	<input type="checkbox"/> Eltern
	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter
	<input type="checkbox"/> Verwandten	<input type="checkbox"/> Heim
	<input type="checkbox"/> Sonst.:	
Erziehungsberechtigte:		Verwandtschaftsgrad:
(bei Volljährigkeit bitte einen Ansprechpartner für Notfälle benennen)		
Ansprechpartner Nr. 1 Name, Vorname:		<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Verwandter
Anschrift: <input type="checkbox"/> wie Schüler <input type="checkbox"/> eigene		<input type="checkbox"/> Pflegeeltern <input type="checkbox"/> Schüler außerh. Untergebr.
Telefon Festnetz:		<input type="checkbox"/> Rechtliche Betreuung
Telefon Mobil:		
E-Mail:		
Ansprechpartner Nr. 2 Name, Vorname:		<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Verwandter
Anschrift: <input type="checkbox"/> wie Schüler <input type="checkbox"/> eigene		<input type="checkbox"/> Pflegeeltern <input type="checkbox"/> Schüler außerh. Untergebr.
Telefon Festnetz:		<input type="checkbox"/> Rechtliche Betreuung
Telefon Mobil:		
E-Mail:		

Ausbildungsberuf: _____

Beginn: _____ **Ende:** _____ **Dauer:** _____ **Jahre**
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr z. B. 3 J. / 2,5 J.

Ausbildungsart: Ausbildung mit Ausbildungsvertrag EQ - Maßnahme Umschulung

Betrieb / Maßnahmeträger:		Einsatzfiliale (falls vom Firmensitz abweichend bzw. Kooperationsbetrieb des Maßnahmeträgers)	
Name / Bezeichnung		Filiale	
Ausbilder/in (Name und Vorname)		Ausbilder/in (Name und Vorname)	
Straße		Straße	
PLZ	Ort	PLZ	Ort
Telefon mit Vorwahl	Fax	Telefon mit Vorwahl	Fax
E-Mail		E-Mail	

Herkunftsschule
(die zuletzt besuchte Schule)

_____	(Klasse)	(Ort)
_____	(Klasse)	(Ort)

ggf. die vorletzte besuchte Schule:

_____	(Klasse)	(Ort)
-------	----------	-------

Schulart am 20.10. (des Vorjahres) besuchte Schule:

<input type="checkbox"/> MS Mittelschule / Hauptschule	<input type="checkbox"/> BS Berufsschule	<input type="checkbox"/> KOL Kolleg
<input type="checkbox"/> FZ Förderzentrum	<input type="checkbox"/> BSF Berufsschule z. sp. F.	<input type="checkbox"/> AN andere Schulart
<input type="checkbox"/> RS Realschule	<input type="checkbox"/> BFS Berufsfachschule	<input type="checkbox"/> AV Maßnahme Arbeitsverwaltung
<input type="checkbox"/> GY Gymnasium	<input type="checkbox"/> BFG Berufsfachschule Ges.W	<input type="checkbox"/> AS Zuzug Aussiedler
<input type="checkbox"/> WSF Freie Waldorfschule	<input type="checkbox"/> FS Fachschule	<input type="checkbox"/> AL Zuzug Ausländer
<input type="checkbox"/> WS Wirtschaftsschule	<input type="checkbox"/> FAK Fachakademie	<input type="checkbox"/> AU_INT_D ausl./int. Schule in Deutschl.
<input type="checkbox"/> FOS Fachoberschule	<input type="checkbox"/> ARS Abendrealschule	<input type="checkbox"/> SO keine Schule (sonstige Gründe)
<input type="checkbox"/> BOS Berufsoberschule	<input type="checkbox"/> AGY Abendgymnasium	

höchster Schulabschluss:	erworben an:	
<input type="checkbox"/> OM oh. Abschl. mit erf. VSchPf	<input type="checkbox"/> MS Mittelschule	<input type="checkbox"/> BOS Berufsoberschule
<input type="checkbox"/> AL Abschl. Bildungsgang FS Lernen	<input type="checkbox"/> FZ Förderzentrum	<input type="checkbox"/> BS Berufsschule
<input type="checkbox"/> MSOQ Mittelschulabschluss ohne Quali	<input type="checkbox"/> RS Realschule	<input type="checkbox"/> BSF Berufsschule z. sonderpäd. Förd.
<input type="checkbox"/> QUAL Quali. Mittelschulabschluss	<input type="checkbox"/> RSB RS zur sonderp. Förd.	<input type="checkbox"/> BFS Berufsfachschule
<input type="checkbox"/> M mittlerer Schulabschluss	<input type="checkbox"/> WS Wirtschaftsschule	<input type="checkbox"/> BFG Berufsfachschule Gesundheitsw.
<input type="checkbox"/> F Fachg. Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/> GY Gymnasium	<input type="checkbox"/> FS Fachschule
<input type="checkbox"/> GHSR Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/> FWS Freie Waldorfschule	<input type="checkbox"/> FAK Fachakademie
<input type="checkbox"/> FGHS Fachgeb. Hochschulreife	<input type="checkbox"/> WS Wirtschaftsschule	<input type="checkbox"/> AN andere Schulart
<input type="checkbox"/> A Allg. Hochschulreife		
<input type="checkbox"/> SONS sonstiger Abschluss		

Zuzug in die Bundesrepublik Deutschland

Zuzugsdatum: _____

Zuzugsart:

<input type="checkbox"/> AU Aussiedler	<input type="checkbox"/> KF Kriegsflüchtling
<input type="checkbox"/> AY Asylberechtigter	<input type="checkbox"/> AS Ausländer (nicht Asylbewerber)
<input type="checkbox"/> AB Asylbewerber	<input type="checkbox"/> SO sonstiger Zuzug

Ort _____ **Datum** _____ **Unterschrift d. Schülers bzw. eines Erziehungsberechtigten** _____