



ANMELDEBOGEN

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. _____		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.: _____	
PLZ und Ort _____			
Telefon Festnetz: _____			
Telefon Mobil: _____			
E-Mailadresse: _____			
Erziehungsberechtigte: (bei Volljährigkeit bitte einen Ansprechpartner für Notfälle benennen)		Verwandtschaftsgrad:	
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** _____