

# Anmeldung zum Schulbesuch - Berufsschule -



Schuljahr 2025/26

Schuljahr 2026/27

## 1. Schülerdaten

Name:	_____	Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____	Geburtsort:	_____
Staatsangehörigkeit:	_____	Muttersprache:	_____
Religion:	_____	Familienstand:	_____
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers		
PLZ/Wohnort:	_____		
Straße/Nr.:	_____		
Landkreis:	_____	Bundesland:	_____
Telefon Festnetz:	_____	E-Mail:	_____
Telefon mobil:	_____	(dringend erforderlich)	_____

## 2. Angaben zum Ausbildungsberuf und Ausbildungsbetrieb

Ausbildungsberuf, ggf. Schwerpunkt:	_____
Vereinbarte Ausbildungsdauer:	_____ Jahre
Beginn der Ausbildung am:	_____
Beschulung in:	<input type="checkbox"/> Grundstufe <input type="checkbox"/> Fachstufe I <input type="checkbox"/> Fachstufe II
Zusatzunterricht zum Erwerb der Fachhochschulreife (für AnlagenmechanikerIn, Kfz-MechatronikerIn, MetallbauerIn, LandwirtIn, TischlerIn)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wohnheimplatz wird benötigt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Der Wohnheimplatz ist direkt im Schülerwohnheim zu beantragen. Nähere Informationen unter <a href="http://www.bbs-saw.de">www.bbs-saw.de</a> .)
Name und Anschrift des Lehrvertragsabschließenden Unternehmens/Betriebes (Stempel u. Unterschrift)	Name und Anschrift der Niederlassung
Name des Auszubildenden:	_____
Telefon Festnetz/ mobil:	_____
Fax:	_____
E-Mail (dringend erforderlich):	_____

**Bitte  
wenden!**

### 3. Erziehungsberechtigte(r) bzw. Sorgeberechtigte(r) Ansprechpartner bzw. gesetzlich Vertretende(r)

<input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigte(r)	<input type="checkbox"/> Sorgeberechtigte(r)	<input type="checkbox"/> gesetzlich Vertretende(r)
<input type="checkbox"/> Herr/ <input type="checkbox"/> Frau		
Name:	_____	Vorname: _____
PLZ/Wohnort:	_____	
Straße/Nr.:	_____	
Telefon Festnetz/ mobil:	_____	E-Mail: _____

<input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigte(r)	<input type="checkbox"/> Sorgeberechtigte(r)	<input type="checkbox"/> gesetzlich Vertretende(r)
<input type="checkbox"/> Herr/ <input type="checkbox"/> Frau		
Name:	_____	Vorname: _____
PLZ/ Wohnort:	_____	
Straße/Nr.:	_____	
Telefon Festnetz/ mobil:	_____	E-Mail: _____

Datenschutz:	Alle personenbezogenen Daten werden elektronisch gespeichert und entsprechend der EU-DSGVO verarbeitet und verwendet.
--------------	---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ausbildender