

# Anmeldung zum Besuch der Berufsschule in Rheinland-Pfalz

An die  
örtlich zuständige Berufsschule

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ      Ort

## I. Auszubildende/Auszubildender:

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ Wohnort: (      ) \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Notfall-Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Behinderungen und Krankheiten, soweit sie  
für die Berufsschule von Bedeutung sind: \_\_\_\_\_

## II. Bisheriger Schulbesuch:

Datum der Ersteinrichtung: \_\_\_\_\_ Entlassen aus Klasse: \_\_\_\_\_ Datum des Abschluss-/Abgangszeug-  
nisses: \_\_\_\_\_ Zuletzt besuchte Schule: \_\_\_\_\_  
(Anschrift)

## III. Sorgeberechtigte bei Minderjährigen:

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: Mutter \_\_\_\_\_ Vater \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ Wohnort: (      ) \_\_\_\_\_

## IV. Berufsausbildungsverhältnis:

Ausbildungsberuf: \_\_\_\_\_ Fachrichtung/-bereich: \_\_\_\_\_  
Beginn der Ausbildung: \_\_\_\_\_ Ende der Ausbildung: \_\_\_\_\_ Dauer der Ausbildung: \_\_\_\_\_ Jahre

## V. Beschäftigungsverhältnis:

Beschäftigt als: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_

## VI. Ausbildungs-/Beschäftigungsbetrieb (Anschrift/Firmenstempel):

Firma: \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Fax-Nr.: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ Ort: (      ) \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Auszubildenden bzw. des Sorgeberechtigten