

**Berufliche Schule für Wirtschaft
Hamburg-Eimsbüttel**
Schlankreye 1

20144 Hamburg

Fax: 040 / 428823-217

Ausbildungsstätte

Name:

Straße:

PLZ und Ort:

Telefon:

Telefax:

Hinweis für den Ausbildungsbetrieb:

Bitte sofort nach Abschluss des
Berufsausbildungsvertrages an die
Berufsschule faxen

Anmeldung zur Berufsschule

Persönliche Daten	
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort: Land:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Aussiedler: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Staatsangehörigkeit:	2. Staatsangeh.:
überw. Sprache:	Jahr des Zuzugs:
Straße:	
PLZ:	Wohnort: Bundesland:
Telefon:	Mobil:
Ansprechpartner (bei minderjährigen Schülern)	
Name, Vorname:	
<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> ges. Vertreter <input type="checkbox"/> Betreuer	
Straße:	
PLZ und Ort:	Bundesland:
Telefon:	Mobil:
Daten zur Ausbildung	
Name und Vorname des Ausbilders: <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	
Telefon:	Fax:
Ausbildungsbeginn:	Ausbildungsende:
Wunsch zu den Schultagen für den Ausbildungsbeginn 01.08.	
Wenn max. ein Wochentag durch Ankreuzen ausgeschlossen wurde und die Anmeldung bis zum Ende der vierten Woche vor den Sommerferien in der Berufsschule ist, kann Ihr Wunsch bei der Klassenzuteilung berücksichtigt werden.	
<input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag	
Bisheriger schulischer Werdegang	
Name der letzten Schule:	
Bundesland:	Entlassungsjahr:
Schulform: <input type="checkbox"/> Haupt-/Realschule <input type="checkbox"/> Stadtteilschule <input type="checkbox"/> Gesamtschule	
<input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Berufsschule <input type="checkbox"/> Berufsfachschule	
Art des Abschlusses:	Schulbesuchsjahre: