

## Anmeldeformular für die Berufsschule

- Schuljahr \_\_\_\_/\_\_\_\_
- Vollzeitschuljahr Berufsvorbereitung (BVJ)
- Vollzeitschuljahr Berufsintegrations(vor)klasse (BIK-V / BIK-S)
- Fachklasse (betriebliche Ausbildung) \_\_\_\_\_. Lehrjahr

Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_  
Name/ Vorname: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr. / Handy-Nr.: \_\_\_\_\_  
Mailadresse: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_

### Staatsangehörigkeit:

Wenn Ausländer, seit wann in Deutschland? Datum: \_\_\_\_\_  
Herkunftsland: \_\_\_\_\_

#### Art:

- Aussiedler                       Asylant                       sonstiger Zuzug                      **Bitte eine Kopie vom Pass beifügen.**  
 Asylbewerber                       Asylbewerber geduldet  
 Kriegsflüchtling                       Ausländer (nicht Asylbewerber)

### Bekenntnis (Religion):

Unterricht:  Ethik    kath. Religionsunterricht.    evang. Religionsunterricht.

**Familienstand:**    ledig                       verheiratet: \_\_\_\_\_ (Geburtsname)

### Kontaktperson/en:

- Eltern    Erziehungsberechtigte/r    Vormund/ges. Vertreter    Betreuer

Namen: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefon / Handy: \_\_\_\_\_  
E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

**Bundesland (bezogen auf die Meldeadresse!)**

- Bayern
- Brandenburg
- Hamburg
- Hessen
- Sachsen
- Schleswig-Holstein
- Baden-Württemberg
- Mecklenburg-Vorpommern
- Saarland
- Nordrhein-Westfalen
- Sachsen-Anhalt
- Berlin
- Thüringen
- Bremen
- Rheinland-Pfalz
- Niedersachsen

**Regierungsbezirk (in Bayern)**

- Oberbayern
- Schwaben
- Niederbayern
- Oberpfalz
- Mittelfranken
- Unterfranken
- Oberfranken

**wenn Vollzeitschuljahr:**

<input type="radio"/> Berufsvorbereitungsjahr BVJ	<input type="radio"/> Berufsintegrations(vor)klasse BIK-V / BIK-S
<input type="radio"/> Hauswirtschaft	<input type="radio"/> Deutsche Schriftsprache
<input type="radio"/> Metall	<input type="radio"/> Deutsche Lautsprache
<input type="radio"/> Holz	<input type="radio"/> Deutsche Gebärdensprache

**wenn Berufsausbildung: Bitte eine Kopie vom Ausbildungsvertrag beifügen**

Ausbildungsberuf: \_\_\_\_\_

Beginn: \_\_\_\_\_ Ende: \_\_\_\_\_

bei Firma / Anschrift / Ansprechpartner / Tel.-Nr.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Schulbesuch vor dem Eintritt an diese Berufsschule:**

- Allgemein bildende Schule
- Wirtschaftsschule
- Fachoberschule
- keine
- Sonstige \_\_\_\_\_
- Berufsschule (mit Ausbildungsvertrag)
- BVJ (Berufsvorbereitungsjahr)
- BvB (Maßnahme der Arbeitsagentur)
- BGJ (Berufsgrundschuljahr)
- BFS (Berufsfachschule)

**Name / Anschrift / Tel.-Nr. der zuletzt besuchten Schule:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Vorbildung**

a) höchster bisher erreichter allgemein bildender Abschluss

**Bitte eine Kopie vom  
letzten Zeugnis beifügen.**

- erfüllte Schulpflicht ohne Abschluss
- Abschluss FöS Förderschwerpunkt Lernen
- Quali  mittleren Bildungsabschluss
- Mittlere Reife
- Abitur
- keine
- sonstiger Abschluss: \_\_\_\_\_

b) unmittelbar vor diesem Abschluss besuchte Schulart

- Mittelschule  mit sonderpädagogischer Förderung
- Realschule  mit sonderpädagogischen Förderung
- Fachoberschule/Gymnasium
- keine  sonstige \_\_\_\_\_

## Gesundheitliche Besonderheiten: (bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Seheinschränkung / Sehbehinderung (z. B. Usher Syndrom)	<input type="checkbox"/> Körperliche Einschränkung oder Körperbehinderung
<input type="checkbox"/> Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung (AVWS)	<input type="checkbox"/> Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS oder ADHS)
<input type="checkbox"/> Lernbehinderung	<input type="checkbox"/> Autismus
<input type="checkbox"/> psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/> Suchterkrankung
<input type="checkbox"/> Anfallskrankheiten (z. B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit / Diabetes
<input type="checkbox"/> Hepatitis (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/> HIV-Infektion
<input type="checkbox"/> Migräne	<input type="checkbox"/> Asthma

Sonstige gesundheitliche Besonderheiten:

---

Ich muss regelmäßig Medikamente nehmen. Welche?

---

Wie oft?  täglich  bei Bedarf

Ich habe Allergien. Welche?

---

## Sonderpädagogischer Förderbedarf / Hörstatus

- Hören  schwerhörig  gehörlos  Hörgerät  CI  
 Sprache  
 individuelle Lernförderung  Rechtschreibung  Lesen  Rechnen  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Unterbringung

- Wohnheim  Pendler  sonstige: \_\_\_\_\_

---

Datum, Unterschrift :  volljähriger Jugendlicher  Eltern  Vertreter/ Vormund/ Betreuer minderjähriger Jugendliche