

Musenbergstraße 30-32
81929 München

Telefon: 089 / 957 28 - 4002
Fax: 089 / 957 28 - 4000
www.bbw-muenchen.de
berufsschule@bbw-muenchen.de

Anmeldeformular für die Berufsschule* **(Bitte füllen Sie den Antrag gut leserlich und vollständig aus!)**

für das Schuljahr ____ / ____

Persönliche Daten Schüler/in:

☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers (bitte Rücksprache)

Familienname/ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Bundesland: _____

Regierungsbezirk (in Bayern)

☐ Oberbayern

☐ Niederbayern

☐ Mittelfranken

☐ Schwaben

☐ Oberpfalz

☐ Unterfranken

☐ Oberfranken

Tel.-Nr. / Handy-Nr.: _____

Mailadresse: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort und Land: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Wenn Ausländer, seit wann in Deutschland? Datum: _____

Herkunftsland: _____

⇒ Grund/Art:

☐ Asyl

☐ Flucht

☐ Ausland (EU)

☐ Ausland (Drittstaat)

**Bitte eine Kopie
vom gültigen Pass
beifügen.**

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet: _____ (Geburtsname)

Religion: ☐ keine ☐ röm.-kath. ☐ evang.

☐ islam ☐ orthodox ☐ sonstige _____

Beschulung/Klasse:

☐ **Fachklasse (Teilzeit)** /duale Ausbildung im _____. Lehrjahr

(Bitte eine Kopie vom unterzeichneten Ausbildungsvertrag beifügen)

Ausbildungsberuf: _____

Fachrichtung: _____

Beginn: _____

Ende: _____

☐ im BBW München

☐ anderer Betrieb

Name d. anderen Betriebes: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Ansprechpartner: _____

Tel.-Nr. _____

Mail: _____

☐ **Vollzeitschuljahr** berufliche Grundbildung (BVJ - AQJ)

☐ **Vollzeitschuljahr** Berufsintegrationsklasse (BIK)

Unterbringung (*bitte beachten Sie das beigefügte Infoschreiben)

☐ Wohnheim* ☐ Pendler ☐ sonstige: _____

Kontaktperson/en bei minderjährige/n Schüler*innen und für Notfälle:

☐ Mutter ☐ Erziehungsberechtigte/r ☐ Vormund / ges. Vertreter ☐ Betreuer/in

Namen: _____

Adresse: _____

Telefon / Handy: _____

E-Mailadresse: _____

☐ Vater ☐ Erziehungsberechtigte/r ☐ Vormund / ges. Vertreter ☐ Betreuer/in

Namen: _____

Adresse: _____

Telefon / Handy: _____

E-Mailadresse: _____

1. Schulabschluss

Datum: _____

- ☐ erfüllte Vollzeitschulpflicht ohne Abschluss
- ☐ individueller Abschluss FZ "gE" oder SFZ "L"
- ☐ erfolgreicher Abschluss im Bildungsgang "L" am SFZ
- ☐ erfolgreicher Abschluss der Mittelschule ☐ mit Quali
- ☐ erfolgreicher Abschluss BGJ, BVJ, BIK
- ☐ mittlerer Schulabschluss (Mittlere Reife)
- ☐ Fachabitur/Abitur ☐ sonstiger Abschluss _____

¹vor diesem Abschluss besuchte Schulart

- ☐ Haupt-/Mittelschule → ☐ mit sonderpädagogischer Förderung
- ☐ Realschule → ☐ mit sonderpädagogischer Förderung
- ☐ Fachoberschule/Gymnasium
- ☐ keine ☐ sonstige _____

2. Letzte besuchte Schule (vor dem Eintritt an diese Schule):

Letzter Schultag: _____

- ☐ allgemeinbildende Schule ¹ s. Pkt. 1
- ☐ Berufsschule =>
 - ☐ mit Ausbildungsvertrag
 - ☐ BvB (Maßnahme der Arbeitsagentur)
 - ☐ BVJ/AQJ (berufliche Grundbildung)
 - ☐ BGJ (fachl. Berufsgrundschuljahr)
 - ☐ BIK
- ☐ BFS (Berufsfachschule)
- ☐ FOS / BOS
- ☐ keine
- ☐ Sonstige _____

Name / vollständige Anschrift / Tel.-Nr. der letzten besuchten Schule²:

Sonderpädagogischer Förderbedarf / Hörstatus

(Bitte vorhandene Gutachten beifügen)

- ☐ Hören ☐ schwerhörig ☐ Hörgerät ☐ CI ☐ gehörlos
- ☐ Sprache _____
- ☐ Lernen ☐ Rechtschreibung ☐ Lesen ☐ Rechnen
- ☐ Sonstiges: _____

Gesundheitliche Besonderheiten:

(Falls vorhanden, bitten wir Sie um ärztliche Bestätigungen bzw. Gutachten)

Bitte ankreuzen:

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

☐ Sonstige gesundheitliche Besonderheiten:

☐ Ich muss regelmäßig Medikamente nehmen. Welche?

Wie oft? ☐ täglich ☐ bei Bedarf

☐ Ich habe Allergien. Welche?

Masernschutzgesetz ab 01.03.2020:

Bitte beachten Sie die beigefügten Unterlagen zum Infektionsschutzgesetz „Masern“!

Der Impfausweis ist im Original spätestens am ersten Schultag vorzulegen!

Unterzeichner:

volljähriger Jugendlicher

Eltern

Vertreter/ Vormund/ Betreuer minderjähriger Jugendliche

Datum, Name

Hinweise:

- * unter Einhaltung von Datenschutzbezogenen Informationen (DSGVO) gemäß
 - Bayerische Erziehungs- und Unterrichtsgesetz (BayEUG) Art 85 Verarbeitung personenbezogener Daten
 - Schulunterlagenverordnung (SchUntV) einschließlich der Durchführungshinweise zum Umgang mit Schülerunterlagen 2015
 - Aufsicht des Datenschutzbeauftragten des Bezirks Oberbayern
 - beigefügter, unterzeichneter und abgegebener Einwilligungserklärung an die Berufsschule Bezirk Oberbayern

**Bitte lassen Sie uns die Unterlagen umgehend per Post, Mail oder Fax zukommen.
Herzlichen Dank!**