

Anmeldung für die Berufsschule

Fachgruppe Augenoptik

Zum Schuljahr 20 /20

Seite 1/1



Gertrud Luckner
Gewerbeschule

Das Formular füllen Sie bitte am Computer oder in Druckschrift aus.

» Daten Schüler/-in

Name _____
Vorname _____
Geschlecht männlich weiblich
Geburtsdatum _____
Geburtsort _____
Geburtsland _____
Konfession _____
Nationalität _____
Straße Nr. _____
PLZ Ort _____
Telefon _____ Mobil _____
E-Mail _____

» Gesetzliche Vertreter / nächste Angehörige

Name _____
Vorname _____
Straße Nr. * _____
PLZ Ort * _____
Telefon * _____

* falls von oben abweichend

» Beruf / Betrieb

Beruf **Augenoptikerin / Augenoptiker**
Betrieb _____
Ausbilder/-in _____
Straße Nr. _____
PLZ Ort _____
Telefon _____ Fax _____
E-Mail _____
Website _____
Ausbildung **Beginn** _____ **Ende** _____
Teilnahme an Einsteigsqualifizierungsjahr (EQJ)
Management im Handwerk (MiH)

» Zuletzt besuchte Schule

Schule _____
Klasse _____

» Letzter Schulabschluss

- ohne Abschluss
- Hauptschule
- BJ / BEJ / VAB
- Werkrealschule
- Realschule
- Fachschulreife
- Versetzungszugnis
- Gymnasium nach Klasse 11
- Fachhochschulreife
- Hochschulreife

» Statistikdaten

- Aussiedler
- Übersiedlungsjahr: _____
- Asylbewerber
- Umschüler
- Zweitausbildung
- Erstberuf: _____
- Handwerkskammer
- Industrie- und Handelskammer

» Eintritt in Klasse

wird von der Schule ausgefüllt!

Firmenstempel

Unterschrift Ausbilder/-in

Vorname:

Name:

G_AO