



Anmeldung Kaufmännische Berufsschule

Bitte in Druckschrift ausfüllen			
Familiennamen		Vorname	
Geburtstag	Geburtsort	Geburtsland	
Strasse			
Postleitzahl	Wohnort / Teilort	Telefon	Landkreis
Nationalität	Konfession	Familienstand Ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/>	Geschlecht m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>
Gesetzliche Vertreterin/Gesetzlicher Vertreter			
Familiennamen		Vorname	Geschlecht m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>
Strasse			
Postleitzahl	Wohnort / Teilort	Tel.-Nr.	
Schulabschluss bitte ankreuzen (Angabe sehr wichtig)			
<input type="checkbox"/> ohne Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/> Realschule	<input type="checkbox"/> Hochschulreife	
<input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/> Fachhochschulreife		
Ausbildungsberuf: _____			
Beginn der Ausbildung (Tag, Monat, Jahr): _____			
Ende der Ausbildung (Tag, Monat, Jahr): _____			
Ausbildungsbetrieb (Firmenstempel)		Geschäftszweig: _____	
_____		_____	
_____		Zuständige Kammer: _____	
Telefon/Fax: _____		_____	
E-Mail: _____		_____	
Ausbilder: (in Druckschrift)		_____	
_____		_____	
Ort, Datum		Unterschrift des/der Anmeldenden	