

Anmeldung

Städtische Berufsschule für Fachkräfte in Arzt- und Tierarztpraxen
und Pharm.-kaufm. Angestellte
Orleansstr. 46, 81667 München
Telefon: 089 233 48960 Fax: 089 233 48966
Email: bs-arzt-pharma@muenchen.de



I. Schüler

Familiename		Vorname	Geschlecht
Geburtsdatum	Geburtsort/ Geburtsland		Staatsangehörigkeit
Religion	Familienstand	Zuzug nach Deutschland am	Aufenthaltsstatus

Schüleranschrift

Straße und Hausnummer		Telefon/ Mobil-Nummer
Postleitzahl	Wohnort	Email Adresse

II. Eltern/ Erziehungsberechtigte

Erziehungsberechtigt Mutter	Familiename	Vorname
Erziehungsberechtigt Vater	Familiename	Vorname

Anschrift der Eltern/ Erziehungsberechtigten

Straße und Hausnummer		Telefonnummer
Postleitzahl	Wohnort	Mobil

III. Berufsausbildung/ Tätigkeit

Gastschüler

Umschüler

Ausbildungsberuf		Ausbildungsbeginn	Ausbildungsjahre
Name des Ausbildungsbetriebes		Telefonnummer	
Straße und Hausnummer des Ausbildungsbetriebes		Faxnummer	
Postleitzahl	Ort des Betriebes	Gemeinde	

4. Schulische Daten

Eintrittsdatum	Name und Anschrift der zuletzt besuchten Schule
----------------	---

Schulabschluss

Erworben an (Schulart)

<input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/> Qualifizierender Hauptschulabschluss
<input type="checkbox"/> Mittlerer Bildungsabschluss	<input type="checkbox"/> Abgeschlossene Berufsausbildung
<input type="checkbox"/> (Fach)- Abitur	Anderer Abschluss: _____