

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

| | | | |
|---------------|-------------------------|---------------------------|---------------------|
| Familiennamen | | 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 | Familiennamen | Vorname |
| Erziehungsberechtigt Vater | Familiennamen | 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: _____ |