

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

Familienname ggf. Geburtsname		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	Familienname	Vorname
Erziehungsberechtigt Vater	Familienname	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	Email-Adresse	

4. Schulische Daten

Eintrittsdatum	Name und Anschrift der zuletzt besuchten Schule	
		Erworben an (Schulart)

Schulabschluss

- | | |
|--|---|
| <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: _____ |