

Anmeldung
zum Besuch der örtlich
zuständigen Berufsschule
in Rheinland-Pfalz



Berufsbildende
Schule Wirtschaft I
Ludwigshafen am Rhein

Mundenheimer Straße 220, 67061 Ludwigshafen/Rhein,
Telefon 0621 5044007-10, Fax 0621 5044007-98
E-Mail: sekretariat@bbsw1-lu.de

I. Auszubildende/Auszubildender

Familienname: _____ Vorname: _____ Geschlecht: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ Konfession: _____ Staatszugehörigkeit: _____

Straße, Nr.: _____ Wohnort: () _____

Telefon-Nr.: _____ Notfall-Telefon-Nr. _____

E-Mail-Adresse: _____

Behinderungen und Krankheiten, soweit sie für die Berufsschule von Bedeutung sind: _____

II. Bisheriger Schulbesuch:

Datum Ersteinschulung: _____ Entlassen aus Klasse: _____ Datum Abschluss-/Abgangzeugnis: _____

Name und Ort der zuletzt besuchten Schule: _____

III. Erziehungsberechtigte bei Minderjährigen

Familienname: _____ Vornamen: Mutter _____ Vater: _____

Straße, Nr.: _____ Wohnort: () _____

IV. Berufsausbildungsverhältnis:

Ausbildungsberuf: _____

Beginn der Ausbildung: _____ Ende der Ausbildung: _____ Dauer der Ausbildung: _____ Jahre

V. Ausbildungsbetrieb (Anschrift/Firmenstempel)

Firma: _____

Telefon-Nr.: _____ Fax.Nr.: _____

Straße, Nr.: _____ Ort: () _____

E-Mail-Adresse: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Auszubildenden bzw. des Erziehungsberechtigten