

Anmeldung/Datenblatt Berufsschule KBBZ Saarbrücken

E-Mail: sekretariat@kbbz-sb.de

Fax: 0681 5849240

Tel: 0681 926760

I. Angaben zu Ihrer Ausbildung					
<input type="checkbox"/> Bankkaufmann/-frau		<input type="checkbox"/> Immobilienkaufmann/-frau		<input type="checkbox"/> Verwaltungsfachangestellte/r	
<input type="checkbox"/> Sozialversicherungsfachangestellte/r		<input type="checkbox"/> Fachkraft Kurier-, Express-, Postdienstl.		<input type="checkbox"/> Sonstiger:	
<input type="checkbox"/> Rechtsanwaltsfachangestellte/r		<input type="checkbox"/> Notarfachangestellte/r			
<input type="checkbox"/> Kaufmann/Kauffrau für Büromanagem.		<input type="checkbox"/> Kaufmann/Kauffrau für Marketingkomm.		<input type="checkbox"/> Pharm.-kaufm. Angestellte(r)	
<input type="checkbox"/> Kaufmann/Kauffrau im Einzelhandel		<input type="checkbox"/> Verkäufer/-in		<input type="checkbox"/> Drogist/in	
Ausbildungsbeginn:		Ausbildungsende:		Einschulung am:	
Ausbildungsdauer:		<input type="checkbox"/> 3 Jahre <input type="checkbox"/> 2½ Jahre <input type="checkbox"/> 2 Jahre		<input type="checkbox"/> Umschüler	
II. Angaben zu Ihrer Person					
Name:			Vorname:		
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		Konfession: <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> islamisch <input type="checkbox"/> sonstige Rel.-Gem. <input type="checkbox"/> ohne			
Geburtsdatum:		Geburtsort/ggfs. -land:			
Staatsangehörigkeit:		<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> italienisch <input type="checkbox"/> französisch <input type="checkbox"/> türkisch		andere:	
PLZ Wohnort:					
Straße, Hausnummer:					
Telefon:			Mobil:		
E-Mail:					
Bemerkungen (z. B. körperliche Beeinträchtigung):					
II b. Sorgeberechtigte (immer ausfüllen, wenn Sie unter 21 Jahre alt sind)					
Name(n):			Vorname(n):		
PLZ Wohnort:			Straße:		
Telefon:			Mobil:		
III. Ihr Ausbildungsbetrieb:					
Betriebsname:			Filiale:		
PLZ Ort:			PLZ Ort:		
Straße:			Straße:		
Ausbilder:		E-Mail:			
Tel.:			Fax:		
IV. Ihre Vorbildung					
Zuletzt besuchte allgemein bildende Schule:			Zuletzt besuchte berufliche Schule:		
Schulform:		Abschluss:		Schulform:	
<input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Erweiterte Realschule <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsschule <input type="checkbox"/> Gesamtschule <input type="checkbox"/> Freie Waldorfschule		<input type="checkbox"/> ohne Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> mit Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> mit mittlerem Bildungsabschluss <input type="checkbox"/> mit Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> mit Hochschulreife		<input type="checkbox"/> Berufsschule <input type="checkbox"/> Berufsgrundbildungsjahr <input type="checkbox"/> Berufliches Gymnasium <input type="checkbox"/> Berufsfachschule <input type="checkbox"/> Fachoberschule	
				<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> mit	
Fremdsprachenkenntnisse – Anzahl der Schuljahre ab der Klasse 5			Englisch: ___ Jahre		Französisch: ___ J.
Bemerkungen zur Fremdsprache:					
V. Weitere Fragen					
Ich habe den mittleren Bildungsabschluss und bin daran interessiert, parallel zu meiner Ausbildung die Fachhochschulreife zu erwerben. (nicht möglich bei zweijährigem Ausbildungsberuf)				<input type="checkbox"/> Interesse	
Nur für Einzelhandelskaufleute und Verkäufer: Welche Art der Organisation des Unterrichts wird vom Betrieb bevorzugt (Teilzeit = 2 Tage pro Woche, Block = jede dritte Woche Mo. – Fr.)?				<input type="checkbox"/> Teilzeitunterricht <input type="checkbox"/> Blockunterricht	
Mein Betrieb hat bzw. ich habe bereits vor dem Einschulungstag einen Anmeldebogen an die Schule gesandt.				<input type="checkbox"/> ja, trifft zu	
Sonstiges:					