

## Anmeldung für den Berufsschulunterricht - Schuljahr 2025/26

<Bitte vollständig ankreuzen bzw. in lesbaren Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.>

Sie werden gegen Ende der Sommerferien schriftlich über die Berufsschultage informiert.

### Daten der Schülerin bzw. des Schülers (Pflichtfelder!)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht weiblich männlich divers

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Geburtsland: Deutschland \_\_\_\_\_

Nationalität: deutsch \_\_\_\_\_

Bekenntnis/Konfession: (bitte auswählen)

Passbild

bitte hier  
aufkleben!

Straße und Haus-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (Festnetz): \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Sprache in der Familie (bspw. deutsch, türkisch, ...): \_\_\_\_\_):

### Daten der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten (Pflichtfelder! Angaben sind auch bei volljährigen SchülerInnen erforderlich)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname Mutter: \_\_\_\_\_ Vorname Vater: \_\_\_\_\_

Geburtsland Mutter: Deutschland \_\_\_\_\_ Geburtsland Vater: Deutschland \_\_\_\_\_

Straße und Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (Festnetz): \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Angaben zur Berufsausbildung (Pflichtfelder!)

Beruf: \_\_\_\_\_

Zuständige Kammer: ApothK HWK IHK ZÄK Münster \_\_\_\_\_

Beginn der Ausbildung: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_ Jahre; wird die Ausbildung verkürzt? ja, um \_\_\_\_\_ Monate

Anmeldung für:

Betrieb/Praxis: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Zuständige/r Ausbilder/in: Frau /Herr \_\_\_\_\_

**Vor- und Zuname des Schülers: (Pflichtfeld!)**

Name: \_\_\_\_\_

**Welche Schule besuchen Sie zurzeit bzw. haben Sie als letzte Schule besucht? (Pflichtfelder!)**

Schulform (bitte ankreuzen)	Berufskolleg eines anderen Berufsfeldes (Technik, Ernährung & Hauswirtschaft, Soziales & Gesundheit) Sonstige: _____
letzte Klassenstufe: _____	

Schulname: \_\_\_\_\_ Schulnummer: \_\_\_\_\_ (bspw. Mulvany BK = 180658, siehe QR-Code)

Anschrift: \_\_\_\_\_

Bundesland: \_\_\_\_\_



**Mit welchem Schulabschluss werden Sie zu uns kommen? (Pflichtfeld!)**

Entlassdatum bzw. Zeugnisdatum	Schulabschluss (bitte auswählen)
Sommer 31.07.2025	

Sofern Sie über die FOR verfügen, können Sie sich verbindlich für die Teilnahme an einem Kurs zum Erwerb der Fachhochschulreife – FHR – anmelden. Das Angebot steht unter dem Vorbehalt des Zustandekommens einer Lerngruppe. Der Unterricht findet abends statt. Der Ausbildungsbetrieb muss einverstanden sein.

Ich habe das Einverständnis meines Ausbildungsbetriebes eingeholt und melde mich verbindlich für den FHR-Kurs an

nein      ja      Unterschrift: \_\_\_\_\_

Einverständnis:      Unterschrift des Ausbildungsbetriebes: \_\_\_\_\_

Stempel des Ausbildungsbetriebes: \_\_\_\_\_

Damit wir Sie bestmöglich fördern können, benötigen wir die nachfolgenden Angaben:

	Ich habe einen <u>anerkannten</u> Förderbedarf mit dem Schwerpunkt: Bitte auswählen!
	Ich benötige aufgrund meines <u>anerkannten</u> Förderbedarfs Bitte auswählen!

\_\_\_\_\_  
(Name in Druckbuchstaben)      Ort, Datum      Unterschrift

**Reichen Sie bitte mit diesem Anmeldeformular noch folgende Unterlagen bei uns ein:**

- Kopie des Ausbildungsvertrages (sofern bereits vorhanden)
- Kopie des letzten (Abschluss-)Zeugnisses
- 1 Passbild