Gestaltung
Technik
Gesundheit

**Gewerbliche und Hauswirtschaftliche Schule Horb a.N.**
Stadionstraße 22 · 72160 Horb · Telefon 07451 907-2801 · Telefax 07451 907-2899
E-Mail: verwaltung@bs-horb.de · Homepage: www.bs-horb.de

# Anmeldung für die Berufsschule

| **Angaben zur Person** | | | | | | **Bewerbung für das Schuljahr** | | / | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Name | | | | | | Vorname (siehe Personalausweis) | | | |
| m ☐ | w ☐ | d ☐ | Geburtstag | | | Geburtsort (Stadt, Land) | | | |

**Kontaktdaten**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Straße / Hausnummer | | | | | |
| PLZ | | Ort | | Teilort | |
| E-Mail-Adresse Schüler/in | | | | | |
| Telefon-Festnetz | | | | Telefon-Mobil | |

**Beruf**

- ☐ Zerspanungsmechaniker/in
- ☐ Maschinen- und Anlagenführer/in
- ☐ Fachkraft für Zerspanungstechnik
- ☐ _____
- ☐ Medizinische/r Fachangestellte/r
- ☐ Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r

**Zeitraum der Ausbildung / Einstiegslehrjahr**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beginn | | voraussichtliches Ende | |
| ☐ 1. Lehrjahr | | ☐ 2. Lehrjahr | ☐ 3. Lehrjahr |

**Ausbildungsbetrieb**

| | | |
|---|---|---|
| Ansprechpartner/in | | Anschrift (Firmenstempel) |
| E-Mail-Adresse | | |

**Bisher besuchte allgemeinbildende Schule**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Förderschule | ☐ Hauptschule | ☐ Gemeinschaftsschule | ☐ Realschule | ☐ Gymnasium |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Klasse | | Name und Ort der Schule | |
| Abschluss | Ja ☐ Nein ☐ | Art des Abschlusses | |

**Bisher besuchte Berufliche Schule**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Name und Ort der Schule | | | |
| Abschluss | Ja ☐ Nein ☐ | Art des Abschlusses | |

**Erziehungsberechtigte/r**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Mutter | ☐ Vater | ☐ Pflegeeltern | ☐ Vormund |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Name | | Vorname | |
| E-Mail-Adresse | | | |
| Telefon-Festnetz | | Telefon-Mobil | |

**Nur auszufüllen, falls abweichend von den Daten der Schülerin / des Schülers**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Straße / Hausnummer | | | | | |
| PLZ | | Ort | | Teilort | |

**Weitere/r Erziehungsberechtigte/r**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Mutter | ☐ Vater | ☐ Pflegeeltern | ☐ Vormund |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Name | | Vorname | |

| | |
|---|---|
| E-Mail-Adresse | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Telefon-Festnetz | | Telefon-Mobil | |

**Nur auszufüllen, falls abweichend von den Daten der Schülerin / des Schülers**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Straße / Hausnummer | | | | | |
| PLZ | | Ort | | Teilort | |

☐ Ich erkläre mich mit der elektronischen Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für schulbezogene notwendige Abläufe einverstanden.

Ort und Datum

Unterschrift Ausbilder/in