

Anmeldung zum Besuch der Berufsschule
Zahntechniker/in
 Schuljahr 2016/2017



Hedwig-Dohm-Str. 1
 70191 Stuttgart
 Telefon: 0711 21655200
 Telefax: 0711 21655280
 E-Mail: info@flemingschule.de
 www.flemingschule.de

Auszubildende/er 1. Ausbildungsjahr 2. Ausbildungsjahr 3. Ausbildungsjahr Laborwechsel

Auszubildende/r

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____ Geburtsland _____

Nationalität _____ Religion _____ Geschlecht w m

Straße/Hausnummer _____ PLZ _____ Wohnort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Bitte ankreuzen X Heimunterbringung Umschüler Ausbildungsverkürzung bei Hochschulreife oder abgeschl. Berufsausbildung um 1 Jahr um ½ Jahr Teilnahme am Unterricht MiH für Auszubildende mit Hochschulreife

Gesetzlicher Vertreter / Partner Vater Mutter Eltern Bezugsperson Ehegatte Heimleitung

Name _____ Vorname _____

Straße/Hausnummer _____ PLZ _____ Wohnort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Zuletzt besuchte <i>allgemeinbildende</i> Schule	Erreichter Abschluss
<input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Werkrealschule <input type="checkbox"/> Sonderschule <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Gymnasium	<input type="checkbox"/> ohne Abschluss <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> mittlere Reife <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Abitur
Bisher besuchte <i>berufliche</i> Schulen	Erreichter Abschluss
<input type="checkbox"/> Berufsschule <input type="checkbox"/> Berufsfachschule einjährig <input type="checkbox"/> Berufsvorbereitungsjahr (BVJ) <input type="checkbox"/> Berufsfachschule zweijährig <input type="checkbox"/> Berufsvorbereitungsjahr (BEJ oder VAB) <input type="checkbox"/> Berufskolleg einjährig <input type="checkbox"/> Berufseinstiegsjahr (BEJ) <input type="checkbox"/> Berufskolleg zweijährig <input type="checkbox"/> Einstiegsqualifikation (EQJ)	<input type="checkbox"/> Berufsschulabschluss <input type="checkbox"/> Ausbildungsabschluss als _____ <input type="checkbox"/> Fachschulreife <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> Sonstiger Abschluss: _____

Ausbildungsbetrieb / Ausbildender

Name _____ Ansprechpartner _____

Straße/Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Telefax _____ E-Mail _____

Ausbildungsbeginn gem. Berufsausbildungsvertrag _____ Berufsausbildungsvertragsnummer _____ Zuständige Stellen:
 Handwerkskammer Region Stuttgart
 Zahntechnikerinnung Württemberg

⇒ **Blockplan siehe Anlage**

⇒ **Einschulungstermin für alle neuen Klassen:
 Montag, 10.10.2016, 10:00 Uhr**

Unterschrift des Auszubildenden oder Ausbildungsbeauftragten _____

Datum _____ Unterschrift _____ Firmenstempel _____

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass die Daten für schulinterne Zwecke digital gespeichert werden. Sie sind auf der Grundlage der Datenschutzgesetze des Bundes und der Länder und der Richtlinien der Landeshauptstadt Stuttgart geschützt.

Schulinterne Vermerke Daten erfasst Datum: _____ Kurzzeichen: _____