

Anmeldung zum Besuch der Berufsschule  
**Zahntechniker/in**  
 Schuljahr 2019/2020



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  Auszubildende mit Hochschulreife  
 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

<b>Zuletzt besuchte <i>allgemeinbildende</i> Schule</b>	<b>Erreichter Abschluss</b>
<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
<b>Bisher besuchte <i>berufliche</i> Schulen</b>	<b>Erreichter Abschluss</b>
<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, 07.10.2019, 10:00 Uhr**

Unterschrift des Auszubildenden oder Ausbildungsbeauftragten

Firmenstempel

Datum  Unterschrift

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: \_\_\_\_\_