

An die örtlich zuständige Berufsschule
BBS Karl-Hofmann-Schule
Von-Steuben-Straße 31
67549 Worms

Karl-Hofmann-Schule
Berufsbildende Schule Worms
Von-Steuben-Str. 31, 67549 Worms
Telefon: (06241) 853-4300
Telefax: (06241) 853-4309
E-Mail: khsw@biz-worms.de

Anmeldung zum Besuch der Berufsschule (Teilzeitunterricht)

Die folgenden Daten werden nach §67 des Schulgesetzes und unter Berücksichtigung der allgemeinen datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Landesdatenschutzgesetzes von Rheinland-Pfalz erhoben.

1. Angaben zur Person		
Familienname:		Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Geburtsland: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
Straße und Hausnummer:		Telefon Festnetz:
PLZ und Wohnort:		Telefon mobil:
Religionszugehörigkeit: <input type="checkbox"/> rk <input type="checkbox"/> ev <input type="checkbox"/> is <input type="checkbox"/> jü <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> keine		E-Mail:
Staatsangehörigkeit : <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		Staatsangehörigkeit oder Geburtsland nicht D: in Deutschland seit (Jahr):
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		Streitschlichter an abgebender Schule: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Angaben über die Sorgeberechtigten (Familienname, Vorname, Straße, PLZ, Wohnort, Telefon)		
Familienname, Vorname(n):		Telefon:
Anschrift: (Straße und Hausnummer, PLZ und Wohnort):		
2. Angaben zum bisherigen Schulbesuch		
<input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Qual. Sekundarabschluss 1 <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Hochschulreife		
erreicht in Schule:		Zeugnisdatum:
3. Berufsausbildungsverhältnis		
Ausbildungsberuf und Fachrichtung:		
Beginn (Datum):	Ende (Datum):	Dauer: Jahre
Ausbildungsbetrieb:		
Straße und Hausnummer:		Telefon Festnetz:
PLZ und Ort:		Telefax:
Ansprechpartner:		E-Mail:
4. Unterschriften		
Ich werde die Schule informieren, wenn meine Daten sich ändern.		
Ort, Datum:	Unterschrift Auszubildende/Auszubildender:	evtl. Unterschrift Sorgeberechtigte: