

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)

| | | |
|---|--|---|
| 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. Ich stimme zu, dass die folgenden Daten nach §67 des Schulgesetzes und unter Berücksichtigung der allgemeinen datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Landesdatenschutzgesetzes von Rheinland-Pfalz erhoben und zum Zweck der Bewerbung und des Schulbesuchs verarbeitet werden. | | |
| Ort, Datum: | Unterschrift Auszubildende/Auszubildender: | evtl. Unterschrift Sorgeberechtigte: |