Anmeldung einer/s Auszubildenden zur Beschulung in Teilzeitausbildung (dual)

Eingang:

Berufsbildende Schulen „Otto Allendorff“
Magdeburger Straße 302
39218 Schönebeck (Elbe)
Tel.: 03471 684 622010
Fax: 03471 684 563220
E-Mail: sekretariat-bbs-sbk@kreis-slk.de

Anschrift des Ausbildungsbetriebes (Stempel):

Telefon- /Fax-Nr.:

E-Mail-Adresse:

Name des Ausbilders:

Zuständige Kammer:

IHK (Ort): **HWK (Ort):** **Kreishandwerkerschaft:**

Angaben zur/zum Auszubildenden

Name:	**Vorname:**	
Straße:	**PLZ, Wohnort:**	
Geburtsdatum:	☐ weiblich / ☐ männlich / ☐ divers	**Geburtsort:**
Staatsangehörigkeit:	**Muttersprache:**	
Tel.-Nr.:	**E-Mail-Adresse:**	
Erziehungsberechtigte (bei Minderjährigen)**:** Vater: Mutter:	**Anschrift:** **Tel.-Nr.:**	
Ausbildungsberuf:	**Fachrichtung, ggf. mit Schwerpunkt:**	

Ausbildungsprogramm (bitte unbedingt zutreffendes ankreuzen):

☐ nicht zutreffend ☐ nach § 241 SGB II ☐ nach § 103 SGB III ☐ LEP

☐ Ausbildungsprogramm Ost ☐ Umschüler ☐ sonstiges (bitte näher erläutern):

Dauer der Ausbildung: vom bis

Wenn Verkürzung der Ausbildungszeit, bitte Grund angeben:

Höchster erreichter Schulabschluss (Zeugniskopie als Anlage beifügen):

☐ ohne Schulabschluss/ Abgangszeugnis ☐ Abschluss Schule für Lernbehinderte ☐ Hauptschulabschluss

☐ qual. Hauptschulabschluss ☐ Realschulabschluss ☐ erweiterter Realschulabschluss

☐ schul. Teil Fachhochschulreife ☐ Fachhochschulreife ☐ Hochschulreife (Abitur)

Angaben zur Tätigkeit vor Ausbildungsbeginn (bitte unbedingt ankreuzen):

Schüler an: ☐ Förderschule ☐ integrierte Gesamtschule ☐ Sekundarschule ☐ Gymnasium ☐ Fachoberschule ☐ Fachgymnasium

☐ Berufsvorbereitungsjahr ☐ Berufsgrundbildungsjahr ☐ soziales ökologisches Jahr

☐ Wehr-/ Zivildienst ☐ abgeschl. Berufsausbildung als: ☐ Abbruch Berufsausbildung

……..

☐ Abbruch Studium ☐ Erwerbslosigkeit ☐ sonstiges (bitte näher erläutern):

……
Ort, Datum

……
Unterschrift Ausbildungsbetrieb