

Anmeldeblatt: **Staatl. Berufsschule III für Keramik**

Marienplatz 8 84028 Landshut

Tel.: 0871/9223880

Fax: 0871/92238845

mail: keramikschule@t-online.de

mü/anmbIBS99

Familiename		alle Vornamen	
Erster Vorname		evtl. Adelstitel oder Namenszusätze vorangestellt: nachgestellt:	
<b>Schüler:</b>	Geschlecht:	<input type="checkbox"/> M = männlich	<input type="checkbox"/> W = weiblich
	Anrede:	← z.B.: Herr, Frau, Fräulein	
	Geburtsdatum:		
	Geburtsort:	Landkreis	
	Staatsangehörigkeit:		
	Bekenntnis:	← o.B. = ohne Bekenntnis	
<b>Zuletzt besuchte Schule:</b> Schulart u. Schulort		bis:	
<b>Schulabschluß</b>		<input type="checkbox"/> HS <input type="checkbox"/> Quali <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> Abi <input type="checkbox"/> FOS <input type="checkbox"/> _____	
<b>Bereits abgeschlossene Berufsausbildung:</b>		<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Bitte eine Kopie des letzten Schulzeugnisses hinzufügen!</b>			
<b>Anschrift</b> gilt für <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Schüler gilt für: _____	Straße:		
	PLZ:		
	Ort:		Landkreis
	Telefon:		
<b>Erziehungsberechtigter:</b> nur bei Minderjährigen  Anrede: Familiename u. Vorname: Anschrift: falls von oben abweichend incl. Telefon	EL = Eltern MU = nur Mutter VA = nur Vater VO = Vormund VW = Verwandter PF = Pflegeeltern HL = Heimleiter K = volljährig		
	Anrede:		← z.B.: Herr, Frau, Fräulein
	Familiename u. Vorname:		
	Anschrift: falls von oben abweichend		
	incl. Telefon		
<b>Berufsausbildung (Lehre):</b>	<input type="checkbox"/> mit Ausbildungsvertrag <input type="checkbox"/> ohne Vertrag <input type="checkbox"/> _____		
	Datum:	← Beginn des Ausbildungsvertrags	
	Datum:	← Ende des Ausbildungsvertrags	
	Dauer der Lehre:	Jahre	
	Berufsbezeichnung lt. Ausbildungsvertrag		
<b>Name und Adresse des Ausbildungsbetriebes</b>	Straße:		
	PLZ:		
	Ort:		Landkreis:
	Telefon:		
<b>Umschüler</b> finanzieller Träger der Umschulung:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
<b>Jugendwohnheim:</b> Ich benötige für die Dauer der Blockzeiten einen Heimplatz im Wohnheim	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Erziehungsberechtigten  
oder des/der volljährigen Schülers/Schülerin

Unterschrift des Betriebes