

Gertrud Luckner Gewerbeschule Freiburg

Kirchstr. 4 79100 Freiburg Email: glg_kirch@freiburger-schulen.bwl.de Tel: 0761/201-7873 Fax: 0761/201-7879

Anmeldung für die Berufsschule

bitte am Computer oder in Druckschrift ausfüllen

Schülerdaten	
Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Geburtsort	<input type="text"/>
Geburtsland	<input type="text"/>
Konfession	<input type="text"/>
Nationalität	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
Handy	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>

letzter Schulabschluss	
<input type="checkbox"/>	ohne
<input type="checkbox"/>	Hauptschule
<input type="checkbox"/>	BVJ / BEJ / VAB
<input type="checkbox"/>	Werkrealschule
<input type="checkbox"/>	Realschule
<input type="checkbox"/>	Fachschulreife
<input type="checkbox"/>	Versetzungszeugnis Gymn. nach Klasse 11
<input type="checkbox"/>	Fachhochschulreife
<input type="checkbox"/>	Hochschulreife

Gesetzliche Vertreter			
<input type="checkbox"/>	Mutter	<input type="checkbox"/>	Vater
<input type="checkbox"/>	Bezugsperson	<input type="checkbox"/>	Bezugsperson
<input type="checkbox"/>	Heimleitung	<input type="checkbox"/>	Heimleitung
Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PLZ / Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Statistik - Daten	
<input type="checkbox"/>	Aussiedler
	Übersiedlungsjahr
	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Asylbewerber
<input type="checkbox"/>	Umschüler
<input type="checkbox"/>	Zweitausbildung
	Erstberuf
	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Handwerkskammer
<input type="checkbox"/>	Industrie- und Handelskammer
<input type="checkbox"/>	Zahnärztekammer

Beruf /Betrieb	
Beruf	Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r
Betrieb	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>
Homepage	<input type="text"/>
Ausbildungsbeginn	<input type="text"/>
Ausbildungsende	<input type="text"/>
Teilnahme an	<input type="checkbox"/> EQJ <input type="checkbox"/> MIH

Gewünschte Klasse: Z1FA <input type="checkbox"/>
--

Praxisstempel
<hr/>
Unterschrift des Ausbilders