



# A N M E L D E B O G E N

Staatl. Berufliches Schulzentrum Fürth  
 Staatliche Berufsschule I Fürth mit BFS'n KI/EV  
 Fichtenstr. 9, 90763 Fürth  
 Tel.: 0911-74 34 60 ; Fax: 0911-74 34 639  
 E-Mail: [info@bs1-fuerth.de](mailto:info@bs1-fuerth.de) ; Homepage: [www.berufsschule1-fuerth.de](http://www.berufsschule1-fuerth.de)

<b>Vermerke der Verwaltung</b>  <hr/> (Klasse / HZ / Datum)
---

<input type="checkbox"/> <b>Ausbildungsberuf mit Vertrag:</b>		(Ausbildungsberuf bitte angeben)
<input type="checkbox"/> <b>BVJ</b> (Berufsvorbereitungsjahr)		<input type="checkbox"/> <b>BGJ Hauswirtschaft</b> (Berufsgrundschuljahr)
<input type="checkbox"/> <b>BGJ Holztechnik</b> (Berufsgrundschuljahr)		<input type="checkbox"/> <b>BGJ Friseurhandwerk</b> (Berufsgrundschuljahr)
<input type="checkbox"/> <b>BGJ Agrarwirtschaft</b> (Berufsgrundschuljahr)		
<b>Schüler:</b>	(Familiennamen)	(Vorname(n))
<b>Geschlecht:</b>	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
		<input type="checkbox"/> divers
<b>Geburtsdatum</b> (Tag, Monat, Jahr):		<b>Schüler ist volljährig:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Geburtsort:</b>		<b>Geburtsland:</b>
<b>Staatsangehörigkeit:</b> <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> weitere Staatsang.: _____ (bitte angeben)		
<b>Bekenntnis / Religion:</b> <input type="checkbox"/> RK römisch-katholisch <input type="checkbox"/> EV evangelisch <input type="checkbox"/> IL islamisch <input type="checkbox"/> OX orthodox		
<input type="checkbox"/> OR ohne Religionszugehörigkeit <input type="checkbox"/> SR sonstige (bitte angeben): _____		
<b>Anschrift:</b>		<b>Diese Anschrift gilt für</b> (evtl. mehrfach ankreuzen):
Straße u. Hausnr.		<input type="checkbox"/> Schüler <input type="checkbox"/> Eltern
PLZ und Ort		
Telefon Festnetz:		<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter
Telefon Mobil:		<input type="checkbox"/> Verwandten <input type="checkbox"/> Heim
E-Mailadresse:		<input type="checkbox"/> Sonst.: _____
<b>Erziehungsberechtigte:</b> (bei Volljährigkeit bitte einen Ansprechpartner für Notfälle benennen)		<b>Verwandtschaftsgrad:</b>
Ansprechpartner Nr. 1 Name, Vorname: _____		<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Verwandter
Anschrift: <input type="checkbox"/> wie Schüler <input type="checkbox"/> eigene		<input type="checkbox"/> Pflegeeltern <input type="checkbox"/> Schüler außerh. Untergebr.
Telefon Festnetz:		<input type="checkbox"/> Rechtliche Betreuung
Telefon Mobil:		
E-Mail:		
Ansprechpartner Nr. 2 Name, Vorname: _____		<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Verwandter
Anschrift: <input type="checkbox"/> wie Schüler <input type="checkbox"/> eigene		<input type="checkbox"/> Pflegeeltern <input type="checkbox"/> Schüler außerh. Untergebr.
Telefon Festnetz:		<input type="checkbox"/> Rechtliche Betreuung
Telefon Mobil:		
E-Mail:		

**Ausbildungsberuf:** \_\_\_\_\_

**Beginn:** \_\_\_\_\_ **Ende:** \_\_\_\_\_ **Dauer:** \_\_\_\_\_ **Jahre**  
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr z. B. 3 J. / 2,5 J.

**Ausbildungsart:**  Ausbildung mit Ausbildungsvertrag  EQ - Maßnahme  Umschulung

<b>Betrieb / Maßnahmeträger:</b>		<b>Einsatzfiliale</b> (falls vom Firmensitz abweichend bzw. Kooperationsbetrieb des Maßnahmeträgers)	
Name / Bezeichnung		Filiale	
Ausbilder/in (Name und Vorname)		Ausbilder/in (Name und Vorname)	
Straße		Straße	
PLZ	Ort	PLZ	Ort
Telefon mit Vorwahl	Fax	Telefon mit Vorwahl	Fax
E-Mail		E-Mail	

**Herkunftsschule**  
(die zuletzt besuchte Schule)

_____	(Klasse)	(Ort)
ggf. die vorletzte besuchte Schule:	(Klasse)	(Ort)

**Schulart am 20.10. (des Vorjahres) besuchte Schule:**

<input type="checkbox"/> MS Mittelschule / Hauptschule	<input type="checkbox"/> BS Berufsschule	<input type="checkbox"/> KOL Kolleg
<input type="checkbox"/> FZ Förderzentrum	<input type="checkbox"/> BSF Berufsschule z. sp. F.	<input type="checkbox"/> AN andere Schulart
<input type="checkbox"/> RS Realschule	<input type="checkbox"/> BFS Berufsfachschule	<input type="checkbox"/> AV Maßnahme Arbeitsverwaltung
<input type="checkbox"/> GY Gymnasium	<input type="checkbox"/> BFG Berufsfachschule Ges.W	<input type="checkbox"/> AS Zuzug Aussiedler
<input type="checkbox"/> WSF Freie Waldorfschule	<input type="checkbox"/> FS Fachschule	<input type="checkbox"/> AL Zuzug Ausländer
<input type="checkbox"/> WS Wirtschaftsschule	<input type="checkbox"/> FAK Fachakademie	<input type="checkbox"/> AU_INT_D ausl./int. Schule in Deutschl.
<input type="checkbox"/> FOS Fachoberschule	<input type="checkbox"/> ARS Abendrealschule	<input type="checkbox"/> SO keine Schule (sonstige Gründe)
<input type="checkbox"/> BOS Berufsoberschule	<input type="checkbox"/> AGY Abendgymnasium	

<b>höchster Schulabschluss:</b>	<b>erworben an:</b>	
<input type="checkbox"/> OM oh. Abschl. mit erf. VSchPf	<input type="checkbox"/> MS Mittelschule	<input type="checkbox"/> BOS Berufsoberschule
<input type="checkbox"/> AL Abschl. Bildungsgang FS Lernen	<input type="checkbox"/> FZ Förderzentrum	<input type="checkbox"/> BS Berufsschule
<input type="checkbox"/> MSOQ Mittelschulabschluss ohne Quali	<input type="checkbox"/> RS Realschule	<input type="checkbox"/> BSF Berufsschule z. sonderpäd. Förd.
<input type="checkbox"/> QUAL Quali. Mittelschulabschluss	<input type="checkbox"/> RSB RS zur sonderp. Förd.	<input type="checkbox"/> BFS Berufsfachschule
<input type="checkbox"/> M mittlerer Schulabschluss	<input type="checkbox"/> WS Wirtschaftsschule	<input type="checkbox"/> BFG Berufsfachschule Gesundheitsw.
<input type="checkbox"/> F Fachg. Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/> GY Gymnasium	<input type="checkbox"/> FS Fachschule
<input type="checkbox"/> GHSR Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/> FWS Freie Waldorfschule	<input type="checkbox"/> FAK Fachakademie
<input type="checkbox"/> FGHS Fachgeb. Hochschulreife	<input type="checkbox"/> WS Wirtschaftsschule	<input type="checkbox"/> AN andere Schulart
<input type="checkbox"/> A Allg. Hochschulreife		
<input type="checkbox"/> SONS sonstiger Abschluss		

**Zuzug in die Bundesrepublik Deutschland**

Zuzugsdatum: \_\_\_\_\_

Zuzugsart:

<input type="checkbox"/> AU Aussiedler	<input type="checkbox"/> KF Kriegsflüchtling
<input type="checkbox"/> AY Asylberechtigter	<input type="checkbox"/> AS Ausländer (nicht Asylbewerber)
<input type="checkbox"/> AB Asylbewerber	<input type="checkbox"/> SO sonstiger Zuzug

Ort Datum Unterschrift d. Schülers bzw. eines Erziehungsberechtigten