



## Anmeldebogen Schuljahr 2024/2025

Orthopädienschuhmacher\*in     Pharmazeutisch-Kaufmännische\*r Angestellte\*r     Augenoptiker\*in

### Umschulung

Nein     Ja, Kostenträger: \_\_\_\_\_

### Teilzeitausbildung

Nein     Ja

Name: _____	Vorname: _____	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ Geburtsland: _____		
Staatsangehörigkeit _____ Muttersprache: _____		
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet		
Straße, Haus-Nr.: _____		
PLZ, Wohnort: _____		
Telefon-Nr.: _____		
E-Mail-Adresse: _____		
Konfession: <input type="checkbox"/> ev. <input type="checkbox"/> kath. <input type="checkbox"/> islam. <input type="checkbox"/> sonstige _____ <input type="checkbox"/> ohne		
Notfallkontakt Name, Vorname: _____ Telefon: _____		

### Schulische Vorbildung

Datum der Einschulung in die Grundschule: \_\_\_\_\_

#### Zuletzt besuchte Schulform

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hauptschule | <input type="checkbox"/> einjährige BFS                      |
| <input type="checkbox"/> Realschule  | <input type="checkbox"/> zweijährige BFS                     |
| <input type="checkbox"/> Oberschule  | <input type="checkbox"/> Fachoberschule                      |
| <input type="checkbox"/> Gymnasium   | <input type="checkbox"/> Fachgymnasium/berufliches Gymnasium |
| <input type="checkbox"/> IGS         | <input type="checkbox"/> Fachschule                          |
| <input type="checkbox"/> KGS         | <input type="checkbox"/> sonstige: _____                     |

#### Berufliche Vorbildung

- Freiwilliges soziales Jahr (FSJ)  
 Bundesfreiwilligendienst (BufDi)  
 abgeschlossene Ausbildung als:  
 \_\_\_\_\_

#### Höchster Schulabschluss

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss Klasse 9  | <input type="checkbox"/> erweiterter Sek. I            | <input type="checkbox"/> allgemeine Hochschulreife (Abitur) |
| <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss Klasse 10 | <input type="checkbox"/> schulischer Teil der FH-Reife | <input type="checkbox"/> Sonstiger:<br>_____                |
| <input type="checkbox"/> Realschulabschluss Sek. I     | <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife            |   |

### Ausbildungsvertrag

Beginn: \_\_\_\_\_ Ende: \_\_\_\_\_

Name des Ausbildungsbetriebs/der Praxis: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_ Landkreis: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner/Ausbilder\*in: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Auszubildende\*r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Auszubildende\*r