

BERUFSBILDENDE SCHULE TECHNIK 2 LUDWIGSHAFEN
GEORG-KERSCHENSTEINER-BERUFSBILDUNGSZENTRUM

Persönliche Angaben

Nachname: Vorname:

Geb-name: Geb-datum:

Geb-ort: Geb-land:

Konfession: röm.-kath. evang. islam. sonstige keine

Geschlecht: männlich weiblich

Familienstand: ledig verheiratet

Klasse: Eintritt: Nationalität:

Zuzugsjahr nach Deutschland: Familiensprache:

Förderbedarf in Deutsch: Ja / Nein

Straße:

PLZ: Wohnort:

Telefon: E-Mail:

Erziehungsberechtigte Eltern Vater Mutter Vormund Pfleger Sonstige

Nachname: Vorname:

Straße:

PLZ: Wohnort:

Telefon: Mobiltelefon:

Bisherige Schulbildung

Abgang	Abschluss			
	Hauptschule	Mittlere Reife	FH-Reife	Abitur
<input type="checkbox"/> FöS	<input type="checkbox"/> HS	<input type="checkbox"/> BVJ	<input type="checkbox"/> Berufssch.	<input type="checkbox"/> Gymnasium
<input type="checkbox"/> HS 9.K	<input type="checkbox"/> FöS	<input type="checkbox"/> Berufssch.	<input type="checkbox"/> DOS	<input type="checkbox"/> BGym
<input type="checkbox"/> HS 7./8. Kl.	<input type="checkbox"/> Reg. S.	<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> VHS	<input type="checkbox"/> IGS
<input type="checkbox"/> DOS	<input type="checkbox"/> DOS	<input type="checkbox"/> 10. Kl. HS	<input type="checkbox"/> Reg. S.	<input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> IGS	<input type="checkbox"/> IGS	<input type="checkbox"/> Realschule	<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> Allg. Gym.
<input type="checkbox"/> Regionale S.	<input type="checkbox"/> RS	<input type="checkbox"/> IGS	<input type="checkbox"/> Gymnasium	<input type="checkbox"/> BGym
<input type="checkbox"/> Sonstige		<input type="checkbox"/> Koop. GS		<input type="checkbox"/> Speyerkol.
		<input type="checkbox"/> BF II		<input type="checkbox"/> IGS
		<input type="checkbox"/> Gymnasium		<input type="checkbox"/> Koop. GS
			<input type="checkbox"/> FS RPL	<input type="checkbox"/> Sonstige
			<input type="checkbox"/> FS + Erg.	
			<input type="checkbox"/> Telekolleg	

Ausbildung

Berufsangaben

Berufsbezeichnung:

Fachrichtung/Schwerpunkt:

Kammer: IHK HWK Praktikant Sonstige

Ausbildungsbetrieb

Name:

Straße:

PLZ: Wohnort:

Telefon: Fax: Mobiltelefon:

E-Mail:

Ausbilder:

Telefon: Fax: Mobiltelefon:

E-Mail:

Ausbildungsvertrag Ja-Kopie Nein

Vertragsbeginn: Vertragsende:

Schülerstatus

Schulpflicht Gastschüler BAföG Aussiedler Umschüler Asylbewerber

Krankheit/Behinderung: