Staatliches Berufliches
SCHULZENTRUM
Vilshofen an der Donau

Kapuzinerstraße 66 a
94474 Vilshofen an der Donau
Telefon: 08541 9662-0
Fax: 08541 9662-222
info@bsvof.de • www.bsvof.de

Anmeldeblatt für das Schuljahr .....

Familienname
Vorname

Geschlecht
☐ männlich
☐ weiblich

Familienstand
☐ ledig
☐ verheiratet

Geburtsdatum: **Geburtsort mit Land** **Staatsangehörigkeit**

Religion: ☐ röm.-katholisch ☐ islamisch ☐ neuapostolisch ☐ bekenntnislos
☐ evangelisch ☐ israelisch ☐ griechisch/orthod. ☐ sonstiges Bekenntnis

Anschrift Schüler / Eltern / Erziehungsberechtigte

Name und Vorname der Erziehungsberechtigten:	**Telefon**	**Fax**
Straße und Hausnummer	**Handy**	**E-Mail**
PLZ und Ort		
Erziehungsberechtigt sind: ☐ Eltern ☐ Vater ☐ Mutter ☐ Vormund ☐ Verwandte ☐ Pflege-Eltern ☐ Schüler ist volljährig	**Gemeinde/Landkreis**	

Anschrift Schüler, falls sie von obiger abweicht

Straße und Hausnummer	Telefon	Fax
PLZ und Ort	**Handy**	
Gemeinde/Landkreis	**E-Mail**	

Schuldaten:

Name und Ort der zuletzt besuchten Schule:

Schulart der zuletzt Schulbildung

- ☐ Mittelschule
- ☐ Realschule
- ☐ Wirtschaftsschule
- ☐ Gymnasium
- ☐ Fachoberschule
- ☐ BGJ
- ☐ BVJ
- ☐ BS u. Maßnahme der Arbeitsverwaltung
- ☐ BFS _____
- ☐ Schule f.Indiv. Lernförderung
- ☐ Sonstige Schule (Name)

Schulbildung

- ☐ Mittelschule ohne Abschluss
- ☐ Mittelschule ohne Quali
- ☐ Mittelschule mit Quali
- ☐ Förderschule (SVS)
- ☐ Mittlerer Schulabschluss
- ☐ Fachgeb. Fachhochschulreife
- ☐ Fachhochschulreife
- ☐ Fachgeb. Hochschulreife
- ☐ Allgemeine Hochschulreife
- ☐ Sonstige Schulbildung

Abschluss erworben an

☐	Hauptschule	☐	Gymnasium	☐	Berufsschule
☐	VS z. Sonderpäd. Förderung	☐	Fachoberschule	☐	BS z. Sonderpäd. Förderung
☐	Realschule/ Wirtschaftssch.	☐	Mittelschule		
☐	Sonstige Schule				

Staatliches Berufliches
SCHULZENTRUM
Vilshofen an der Donau

Kapuzinerstraße 66 a
94474 Vilshofen an der Donau
Telefon: 08541 9662-0
Fax: 08541 9662-222
info@bsvof.de • www.bsvof.de

Anmeldeblatt für das Schuljahr .....

Seite 2

Familienname _____ ***Vorname*** _____

Berufsausbildung

Ausbildungsberuf: _____

Beginn der Ausbildung	Ende der Ausbildung

Ausbildungsbetrieb

Name des Ausbildungsbetriebs	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort/ ggf. Landkreis	
Telefon:	Fax:
Handy	E-Mail

Zuständige Stelle

○ IHK	Industrie
○ HWK	Handwerk

Art der Ausbildung:

☐	Ausbildungsvertrag	☐	Mithelfend. Fam.angehöriger	☐	Teiln. Lehrgang d. Arbeitsvermittlung
☐	Praktikum	☐	Ohne Ausbildung	☐	Teilnahme Maßnahme
☐	Berufsgrundschuljahr	☐	Ohne Berufstätigkeit/Arbeit	☐	Umschüler
☐	Berufsgrundschuljahr (kooperativ)	☐	Ungelernte Arbeitskraft		

☐ Eine dauernde Beeinträchtigung (z. B. Körperbehinderung) oder Teilleistungsstörung (z. B. LRS) soll berücksichtigt werden.

Bei Zuzug nach Deutschland

Zugezogen _____(Datum)

	Aussiedler		Asylbewerber		Kriegsflüchtling
	Sonstiger Zuzug				

_____ _____ _____

Ort, Datum | Unterschrift des Auszubildenden/Erziehungsberechtigten | Unterschrift/Stempel Betrieb