

Anmeldeformular Gesundheitsberufe

Angaben zur Ausbildung

Ausbildungsberuf:

Aufnahmedatum:

Fachrichtung:

Persönliche Angaben Schüler*in *(bitte vollständig ausfüllen)*

Nachname:

Geschlecht:

männlich

Vorname:

weiblich

Geburtsname:

divers

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit

Geburtsland:

Verkehrssprache:

Zuzugsdatum:

KFZ-Kennzeichen:

Wohnort Schüler*in *(bitte vollständig ausfüllen)*

Straße:

Nr.:

PLZ:

Wohnort:

Landkreis:

Ortsteil:

Bundesland:

E-Mail:

Telefon:

Handy:

Ausbildungsbetrieb / Einsatzort / Filiale (wenn zutreffend)

Name des Ausbildungsbetriebes:

Anschrift:

Telefon/Fax:

E-Mail:

Ansprechpartner:

Umschüler

Ausbildungsbeginn:

Einstiegsqualifizierungsjahr

Ausbildungsende:

Bemerkungen:

Filiale:

Eltern, gesetzlicher Vertreter, Ansprechperson (bitte vollständig ausfüllen)

Alleiniges Sorgerecht

geteiltes Sorgerecht

1. Sorgeberechtigte Person

2. Sorgeberechtigte Person

Nachname:

Nachname:

Vorname:

Vorname:

Straße/Nr.:

Straße/Nr.:

PLZ:

PLZ:

Wohnort:

Wohnort:

Telefon:

Telefon:

Handy:

Handy:

E-Mail:

E-Mail:

Im Notfall zu benachrichtigende Person:

Name:

Telefon:

Schulischer Werdegang

Datum des letzten Zeugnisses:

Höchster erreichter Schulabschluss:

- Allgemeine Hochschulreife
- Fachhochschulreife
- Fachhochschulreife schulischer Teil
- Mittlere Reife
- Berufsreife
- Förderschule/Sonderschule
- ohne Abschluss

Eine Kopie des aktuellsten Abschlusszeugnisses / Abgangszeugnisses ist direkt nach dessen Erhalt im Sekretariat einzureichen!

Zu erbringende Nachweise

Folgende Nachweise sind zwingend erforderlich und sind vor dem 1. Schultag im Sekretariat vorzulegen.

Nachweis Masernimpfschutz vorgelegt?	ja	nein
Nachweis COVID-19-Impfung vorgelegt?	ja	nein
Ärztliches Attest für die Ausübung des Ausbildungsberufes vorgelegt?	ja	nein
Einfaches Führungszeugnis vorgelegt?	ja	nein
Geburtsurkunde vorgelegt?	ja	nein

Nur für den Ausbildungsberuf Pflegefachmann/ -fachfrau (PFF):

Nachweis für das B2-Sprachniveau vorgelegt?	ja	nein
---	----	------

Wohnheimplatz

Wird ein Wohnheimplatz benötigt?	ja	nein
Wer zahlt die Wohnheimgebühren?	Ausbildungsbetrieb	Schüler/Azubi
Stempel Ausbildungsbetrieb / Anschrift:		

Unterschrift

E-Mail:

Lernmittel (30,68 € pro Schüler*in pro Schuljahr)

Wer zahlt die Lernmittel? Schüler / Azubi Ausbildungsbetrieb

Wenn Ausbildungsbetrieb, dann: E-Mail:

Tel.:

Freiwillige Angaben zu Beeinträchtigungen / Behinderungen

Liegt eine anerkannte Behinderung oder Beeinträchtigung vor? ja
nein

Art der Behinderung / Beeinträchtigung:

Ggf. Behinderungsgrad: %

Liegt für die Behinderung / Beeinträchtigung ein Gutachten vor? ja
nein

Arzneimittel / Bemerkungen:

Sonstiges

Ich habe BaföG beantragt am:

Der Antrag wurde bei folgendem Amt gestellt:

Datenschutzerklärung

Informationen zum Datenschutz finden Sie auf www.bsz-nord.de in der Datenschutzerklärung.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift Schüler*In

Unterschrift Betrieb

bei Minderjährigen Schüler*Innen
Unterschrift der / des Sorgeberechtigten