

ANMELDUNG FÜR DEN BERUFSSCHULUNTERRICHT

Personalien Berufslernende

Name	<input type="text"/>	Vorname/n	<input type="text"/>
Strasse/Nr.	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
Geb.-Datum	<input type="text"/>	Muttersprache	<input type="text"/>
Heimatort	<input type="text"/>	Heimatkanton	<input type="text"/>
Nationalität	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M
Telefon	<input type="text"/>	AHV-Nummer	<input type="text"/>
Natel	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

Lehrberuf (bitte ankreuzen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anlagen- und Apparatebauer / in | <input type="checkbox"/> Informatiker/in (mit *Fachrichtung) EFZ |
| <input type="checkbox"/> Bäcker-Konditor/in | <input type="checkbox"/> Koch/Köchin EFZ |
| <input type="checkbox"/> Elektroinstallateur/in EFZ | <input type="checkbox"/> Küchenangestellte/r EBA |
| <input type="checkbox"/> Montageelektriker/in EFZ | <input type="checkbox"/> Maurer/in |
| <input type="checkbox"/> Fleischfachmann / Fleischfachfrau EFZ | <input type="checkbox"/> Metallbauer/in EFZ (*Fachrichtung angeben) |
| <input type="checkbox"/> Fleischfachassistent/in EBA | <input type="checkbox"/> Metallbaupraktiker/in EBA |
| <input type="checkbox"/> Gärtner/in (*Fachrichtung angeben) | <input type="checkbox"/> Zimmermann / Zimmerin |
| <input type="checkbox"/> | |

*Fachrichtung: Baumschule | Garten- u. Landschaftsbau | Stauden | Zierpflanzen
 Systemtechnik | Applikationsentwicklung | Generalist
 Metallbau | Stahlbau | Schmiedearbeiten

Ausbildungsart

- Normallehre Repetent Zusatzlehre Hospitant Art 32/33
 Verkürzte Lehre Verlängerte Lehre

Lehrzeit: Jahre Dauer vom: bis

Ausbildungsbesuch (wenn nicht Normallehre)

- Nur Fachunterricht Nur Allgemeinbildenden Unterricht Nur Berufsmaturität

Lehrbetrieb

Firmenname

Strasse/Nr.

Kanton

Telefon

Natel

PLZ / Ort

Telefax

E-Mail

Ausbildungsort:

PLZ

Ort

Kanton

Ausbildungsverantwortliche/r:

Name/Vorname:

Tel. / Email

Lehrvertrag mit dem

Amt für Berufsbildung des Kantons

BL

BS

SO

AG

andere

Personalien Gesetzliche Vertreter

Name

Strasse/Nr.

Telefon

Telefax

Vorname/n

PLZ / Ort

Natel

E-Mail

Eltern

Mutter

Vater

Vormund

Besuchte Schulen, Vorbildungen

in chronologischer, aufsteigender Reihenfolge

	Bezeichnung d. Schule	Anzahl Jahre	PLZ / Ort	Kanton
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

Letztbesuchte Schule bitte ankreuzen (Stand November des vergangenen Jahres)

Im November des vergangenen Jahres:

habe ich keine Schule besucht

war ich im Ausland

Bereits absolvierte oder angefangene Lehre

als

Abschlussjahr

Kanton



Es besteht Interesse am Besuch der Berufsmaturitätsschule (BMS),
bitte senden Sie mir detaillierte Unterlagen

Ja

Nein

Datum:

Unterschrift der/s Berufsbildungsverantwortlichen: