

Gründenstrasse 46
4132 Muttentz

Telefon 061 467 88 88
Telefax 061 467 88 99

www.gibmuttentz.ch



Bildungs-, Kultur- und Sportdirektion

Kanton Basel-Landschaft

Gewerblich-industrielle

Berufsfachschule Muttentz

ANMELDUNG FÜR DEN BERUFSSCHULUNTERRICHT

Personalien Berufslernende

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

Lehrberuf (bitte ankreuzen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anlagen- und Apparatebauer / in | <input type="checkbox"/> Küchenangestellte / r |
| <input type="checkbox"/> Bäcker-Konditor / in | <input type="checkbox"/> Maurer / in |
| <input type="checkbox"/> Elektromonteur / in | <input type="checkbox"/> Metallbauer / in |
| <input type="checkbox"/> Gärtner / in (bitte Fachrichtung angeben) | <input type="checkbox"/> Metzger / in |
| <input type="checkbox"/> Informatiker / in (bitte Fachrichtung angeben) | <input type="checkbox"/> Zimmermann / Zimmerin |
| <input type="checkbox"/> Koch / Köchin | <input type="checkbox"/> _____ |

Fachrichtung: Baumschule ; Garten- u. Landschaftsbau ; Stauden ; Zierpflanzen
 Systemtechnik ; Applikationsentwicklung ; Generalist

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. _____ PLZ / Ort _____

Kanton _____

Telefon _____ Telefax _____

Natel _____ 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 _____ Vorname/n _____

Strasse/Nr. _____ PLZ / Ort _____

Telefon _____ Natel _____

Telefax _____ 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

Unterschrift der/s Berufsbildungsverantwortlichen: _____

Datum: _____