

Bitte senden Sie die Anmeldung zusammen mit einer Kopie des Ausweises der/des Auszubildenden an:
 info@kks.kbs.schule

Anmeldung zur Berufsschule

Ausbildungsbetrieb (bitte alle Felder leserlich ausfüllen)

Name des Ausbildungsbetriebs:	
PLZ:	Ort:
Straße, Hausnr.:	
Betriebs-E-Mail:	
Ausbilder/in:	Telefon:
E-Mail Ausbilder/in:	
<input type="checkbox"/> Die/der Auszubildende ist nicht dt. Herkunftssprache und lernt Deutsch seit ___ Jahren / Niveau:___	

Persönliche Daten der/s Auszubildenden

Name:	Vorname:	Geschlecht: w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum:	Geburtsort:	
PLZ:	Wohnort:	
Straße, Hausnr.:		
E-Mail:	Telefon:	
Pers. Notfallkontakt (Name, Telefonnummer):		

Ausbildungsberuf

Zuständige Kammer:		
<input type="checkbox"/> Kaufmann/-frau für Groß- und Außenhandel <input type="checkbox"/> Fachinformatiker/in (Anwendungsentwicklung) <input type="checkbox"/> Fachinformatiker/in (Systemintegration) <input type="checkbox"/> Fachinformatiker/in (Daten- und Prozessanalyse)* <input type="checkbox"/> Fachinformatiker/in (Digitale Vernetzung)* <input type="checkbox"/> Kaufmann/-frau für Digitalisierungsmanagement* <input type="checkbox"/> Kaufmann/-frau für IT-System-Management* <input type="checkbox"/> IT-Systemelektroniker/in*	<input type="checkbox"/> Bankkaufmann/-frau <input type="checkbox"/> Kaufmann/-frau für Büromanagement <input type="checkbox"/> Kaufmann/-frau im E-Commerce <input type="checkbox"/> Einzelhandelskaufmann/-frau <input type="checkbox"/> Verkäufer/in <input type="checkbox"/> Verwaltungsfachangestellte/r <input type="checkbox"/> Medizinische Fachangestellte/r <input type="checkbox"/> Zahnmedizinische Fachangestellte/r	
* Bei Anmeldung zu diesen Berufen bitte die Hinweise auf der Homepage beachten		
Beginn:	Dauer der Ausbildung: <input type="checkbox"/> 3 Jahre <input type="checkbox"/> 2 ½ Jahre <input type="checkbox"/> 2 Jahre	Ende:

Bisheriger schulischer Werdegang (Angaben soweit vorhanden)

Zuletzt besuchte Schule:	
Schulform:	Schulabschluss:
Abgangsklasse:	
Zuletzt in Hessen besuchte Schule:	

.....
 Ort, Datum

.....
 Stempel/Unterschrift
 Ausbildungsbetrieb