

Bitte sorgfältig, vollständig und gut lesbar ausfüllen!

**Regionales Berufliches Bildungszentrum
des Landkreises Vorpommern-Greifswald in Wolgast / Torgelow**

Schülerkartei

Klasse:

Personenangaben:

Name: _____ Vorname: _____

geb. am: _____ geb. in: _____

Wohnanschrift: _____

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort, Gemeinde

Telefon: _____ Landkreis: _____

Unterbringung Wohnheim, WG, etc. während der Schulzeit: ja oder nein

Staatsangehörigkeit: _____ Zuzugsjahr: _____

Ausbildungsberuf: _____

Fachrichtung: _____

1. Berufsschultag: _____ Letzter Berufsschultag: _____

Angaben zu Eltern oder Erziehungsberechtigten (auch bei Volljährigkeit)

Sorgeberechtigten bitte kennzeichnen!

Vater _____ Mutter _____

Name, Vorname: _____ Name, Vorname: _____

Anschrift _____ Anschrift _____

falls abweichend _____ *falls abweichend* _____

Tel. privat: _____ Tel. privat: _____

Tel. dienstl.: _____ Tel. dienstl.: _____

Schulische Vorbildung: *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

- | | | | |
|--|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| ohne Hauptschulabschluss | <input type="checkbox"/> | Hauptschulabschluss (Berufsreife) | <input type="checkbox"/> |
| aus niederen Klassenstufen, | <input type="checkbox"/> | Realschulabschluss (mittlere Reife) | <input type="checkbox"/> |
| aus 8. Klassenstufe, nicht versetzt nach 9. Klasse | <input type="checkbox"/> | Fachhochschulreife | <input type="checkbox"/> |
| aus 8. Klassenstufe, versetzt nach 9. Klasse | <input type="checkbox"/> | Hochschulreife (Abitur) | <input type="checkbox"/> |
| aus 9. Klassenstufe | <input type="checkbox"/> | sonstige schul. Vorbildung | <input type="checkbox"/> |

(bitte bei Bemerkungen eintragen)

bereits abgeschlossene Ausbildung vor Aufnahme der jetzigen Ausbildung bzw. Umschüler

Ausbildung: *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

betriebliche Ausbildung außerbetriebliche Ausbildung ▼ Einstiegsqualifizierung

ABG

APO

SOPO

Betriebsname/Träger: _____ Ansprechpartner: _____

E-Mail: _____

Anschrift: _____

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon: _____ Fax: _____ Landkreis: _____

Ausbildungsvertrag vom: _____ bis: _____

Bemerkungen:
