

Bitte melden Sie Ihre Auszubildende/Ihren Auszubildenden mit diesem Formular an.
Sie können dieses Formular bequem mit dem Acrobat Reader am PC ausfüllen und unterschrieben an die nebenstehenden Adressdaten senden.

BBS I Osterode - Handelslehranstalt - Europa-Schule •
Neustädter Tor 1/3 • **37520 Osterode am Harz**
Telefon 05522 - 960-700 •
Telefax 05522 - 960-719
E-Mail: verwaltung@bbs1osterode.de

Angaben zur Auszubildenden/zum Auszubildenden

Name: _____ Straße: _____
Vorname: _____ PLZ: _____ Ort: _____
Geburtstag: _____
Umschüler *): Ja Nein
Name des Kostenträgers: _____
* Umschüler müssen einen zusätzlichen Aufnahmeantrag im Sekretariat der Berufsschule ausfüllen und den Bewilligungsbescheid als Fotokopie beifügen!
Straße: _____
PLZ: _____ Ort: _____

Ausbildungsberuf:

- | | | | | | |
|--|--|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Automobilkauffrau/
Automobilkaufmann | <input type="checkbox"/> Bankkauffrau/
Bankkaufmann | <input type="checkbox"/> Bürokauffrau/
Bürokaufmann | <input type="checkbox"/> Fachlagerist/
Fachlageristin | <input type="checkbox"/> Fachkraft für
Lagerlogistik | <input type="checkbox"/> Industriekauffrau/
Industriekaufmann |
| <input type="checkbox"/> Kauffrau im
Einzelhandel/
Kaufmann im
Einzelhandel | <input type="checkbox"/> Verkäuferin/
Verkäufer | <input type="checkbox"/> Verwaltungs-
fachangestellte/
Verwaltungs-
fachangestellter | <input type="checkbox"/> Medizinische
Fachangestellte/
Medizinische
Fachangestellter | <input type="checkbox"/> Zahnmedizinische
Fachangestellte/
Zahnmedizinische
Fachangestellter | |

Ausbildungsdauer: (in Monaten)

Ausbildungsbeginn:

Verkürzte Ausbildungszeit: Ja

Ausbildungsende:

Grund der Verkürzung:

Angaben zum Ausbildungsbetrieb

Name des Unternehmens:

Straße:

PLZ:

Ort:

Ausbildungsbetrieb/Filiale:

Straße:

PLZ:

Ort:

Angaben zum Ansprechpartner/Ausbilder

Herr Frau

Name:

Vorname:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Bemerkungen

Ort:

Datum:

Unterschrift: