

Anmeldeformular

Schuljahr:

☎ +49 (0)89 233 489 17 ✉ bs-zahntechnik@muenchen.de

Art. 39 BayEUG als Rechtsgrundlage

1. Angaben zum Schüler / zur Schülerin

Nachname:	Vorname:
Geschlecht:	Geburtsdatum:
Geburtsort:	Geburtsland:
Staatsangehörigkeit:	Bekenntnis:
Zuzug am (Datum):	Masernimpfschutz nachgewiesen:
Straße, Hausnr.:	
Wohnort:	PLZ:
Telefon:	Volljährig: ja nein
LRS bekannt: ja nein	Email:

2. Erziehungsberechtigte (bei Minderjährigen)

Name:	Anschrift:
Telefon:	Email:

3. Schullaufbahn

Eintritt Grundschule:	Letzter Abschlussjahrgang:
Höchster Abschluss:	Schulart (Abschluss):
Zuletzt besuchte Schule (Name/Ort):	

4. Ausbildungsbetrieb

Name des Betriebes:	
Straße/Hausnr:	PLZ/Ort:
IHK-Ident-Nr:	Ausbildung als:
Ausbildungsbeginn:	Dauer:
Ausbildungsende:	
Email Ausbilder:	Tel. Ausbilder:
Ausbilder/Ansprechpartner:	

5. Zusätzliche Informationen: Klasseneinteilung / Wünsche / Besonderheiten

Gewünschte Blockwoche: A B C Keine Präferenz

Heimunterbringung: ja nein

Anmerkungen:

Nach vollständigem Ausfüllen bitte **FORMULAR SPERREN** klicken!