

Musenbergstraße 30-32
81929 München

Telefon: 089 / 957 28 - 4002
Fax: 089 / 957 28 - 4000
www.bbw-muenchen.de
berufsschule@bbw-muenchen.de

Anmeldeformular für die Berufsschule* (Bitte füllen Sie den Antrag gut leserlich und vollständig aus!)

für das Schuljahr _____ / _____

Persönliche Daten Schüler/in:

weiblich männlich divers (bitte Rücksprache)

Familienname/ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Bundesland: _____

Regierungsbezirk (in Bayern)

Oberbayern Niederbayern Mittelfranken Oberfranken
 Schwaben Oberpfalz Unterfranken

Tel.-Nr. / Handy-Nr.: _____

Mailadresse: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort und Land: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Wenn Ausländer, seit wann in Deutschland? Datum: _____

Herkunftsland: _____

⇒ Grund/Art:

Asyl Ausland (EU)
 Flucht Ausland (Drittstaat)

**Bitte eine Kopie
vom gültigen Pass
beifügen.**

Familienstand: ledig verheiratet: _____ (Geburtsname)

Religion: keine röm.-kath. evang.
 islam orthodox sonstige _____

Beschulung/Klasse:

Fachklasse (Teilzeit) /duale Ausbildung im _____. Lehrjahr

(Bitte eine Kopie vom unterzeichneten **Ausbildungsvertrag** beifügen)

Ausbildungsberuf: _____

Fachrichtung: _____

Beginn: _____

Ende: _____

im BBW München

anderer Betrieb

Name d. anderen Betriebes: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Ansprechpartner: _____

Tel.-Nr. _____

Mail: _____

Vollzeitschuljahr berufliche Grundbildung (BVJ - AQJ)

Vollzeitschuljahr Berufsintegrationsklasse (BIK)

Unterbringung (*bitte beachten Sie das beigefügte Infoschreiben)

Wohnheim* Pendler sonstige: _____

Kontaktperson/en bei minderjährige/n Schüler*innen und für Notfälle:

Mutter Erziehungsberechtigte/r Vormund / ges. Vertreter Betreuer/in

Namen: _____

Adresse: _____

Telefon / Handy: _____

E-Mailadresse: _____

Vater Erziehungsberechtigte/r Vormund / ges. Vertreter Betreuer/in

Namen: _____

Adresse: _____

Telefon / Handy: _____

E-Mailadresse: _____

1. Schulabschluss

Datum: _____

- erfüllte Schulpflicht ohne Abschluss
- Abschluss FöS Förderschwerpunkt Lernen
- Quali mittlerer Schulabschluss (Mittelschule)
- Mittlere Reife (Realschule)
- Abitur Fachabitur (FOS, BOS)
- kein Abschluss
- sonstiger Abschluss: _____

¹vor diesem Abschluss besuchte Schulart

- Haupt-/Mittelschule → mit sonderpädagogischer Förderung
- Realschule → mit sonderpädagogischer Förderung
- Fachoberschule/Gymnasium
- keine sonstige _____

2. Letzte besuchte Schule (vor dem Eintritt an diese Schule):

Letzter Schultag: _____

- allgemeinbildende Schule ¹ s. Pkt. 1
- Berufsschule =>
 - mit Ausbildungsvertrag
 - BvB (Maßnahme der Arbeitsagentur)
 - BVJ/AQJ (berufliche Grundbildung)
 - BGJ (fachl. Berufsgrundschuljahr)
 - BIK
- BFS (Berufsfachschule)
- FOS / BOS
- keine
- Sonstige _____

Name / vollständige Anschrift / Tel.-Nr. der letzten besuchten Schule²:

Sonderpädagogischer Förderbedarf / Hörstatus

(Bitte vorhandene Gutachten beifügen)

- Hören schwerhörig Hörgerät CI gehörlos
- Sprache _____
- Lernen Rechtschreibung Lesen Rechnen
- Sonstiges: _____

Gesundheitliche Besonderheiten:

(Falls vorhanden, bitten wir Sie um ärztliche Bestätigungen bzw. Gutachten)

Bitte ankreuzen:

<input type="checkbox"/> Seheinschränkung / Sehbehinderung (z. B. Usher Syndrom)	<input type="checkbox"/> Körperliche Einschränkung oder Körperbehinderung
<input type="checkbox"/> Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung (AVWS)	<input type="checkbox"/> Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS oder ADHS)
<input type="checkbox"/> Lernbehinderung	<input type="checkbox"/> Autismus
<input type="checkbox"/> psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/> Suchterkrankung
<input type="checkbox"/> Anfallskrankheiten (z. B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit / Diabetes
<input type="checkbox"/> Hepatitis (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/> HIV-Infektion
<input type="checkbox"/> Migräne	<input type="checkbox"/> Asthma

Sonstige gesundheitliche Besonderheiten:

Ich muss regelmäßig Medikamente nehmen. Welche?

Wie oft? täglich bei Bedarf

Ich habe Allergien. Welche?

Masernschutzgesetz ab 01.03.2020:

Bitte **beachten** Sie die beigefügten Unterlagen zum Infektionsschutzgesetz „Masern“!

Der Impfausweis ist im Original spätestens am ersten Schultag vorzulegen!

Datum, Unterschrift: volljähriger Jugendlicher Eltern Vertreter/ Vormund/ Betreuer minderjähriger Jugendliche

Hinweise:

* unter Einhaltung von Datenschutzbezogenen Informationen (DSGVO) gemäß

- Bayerische Erziehungs- und Unterrichtsgesetz (BayEUG) Art 85 Verarbeitung personenbezogener Daten
- Schulunterlagenverordnung (SchUntV) einschließlich der Durchführungshinweise zum Umgang mit Schülerunterlagen 2015
- Aufsicht des Datenschutzbeauftragten des Bezirks Oberbayern
- beigefügter, unterzeichneter und abgegebener Einwilligungserklärung an die Berufsschule Bezirk Oberbayern

**Bitte lassen Sie uns die Unterlagen umgehend per Post, Mail oder Fax zukommen.
Herzlichen Dank!**