

Kaufmännisches Berufsbildungszentrum Neunkirchen



Kaufmännisches
Berufsbildungszentrum
Neunkirchen

Unten am Steinwald, 66538 Neunkirchen
Tel.: 06821 9228-0, Fax: 06821 9228-30
E-Mail: kbbz-neunkirchen@schule.saarland
Homepage: www.kbbz-neunkirchen.de



**Landkreis
Neunkirchen**

Anmeldung Berufsschule – Ausbildungsplatzwechsel –

Ausbildungsberuf	<input type="checkbox"/> Kaufmann/Kauffrau für Büromanagement <input type="checkbox"/> Kaufmann/Kauffrau im Einzelhandel <input type="checkbox"/> Verkäufer/Verkäuferin <input type="checkbox"/> Kaufmann/Kauffrau für Groß- und Außenhandelsmanagement <input type="checkbox"/> Medizinische Fachangestellte/Medizinischer Fachangestellter	Zuletzt besuchte Klasse:
-------------------------	--	---------------------------------

Ausbildungszeit	vom: _____	bis: _____
------------------------	------------	------------

I. Personenbezogene Daten

	Schüler(in)	Erziehungsberechtigte(r) <small>(Bitte bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres angeben)</small>
Nachname:		
Vorname:		
Straße, Hausnummer:		
PLZ, Wohnort:		
Telefonnummer:		
E-Mail-Adresse:		

Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Geburtsland:	
Staatsangehörigkeit:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Konfession:	<input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> islamisch <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> sonstige: _____

II. Daten Ausbildungsbetrieb

Firma:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Firmensitz:	
Telefonnummer:	
E-Mail:	
Name, Vorname des Ausbilders/der Ausbilderin:	

_____ Datum _____ Unterschrift des Schülers/der Schülerin _____ Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten
 _____ Unterschrift und Stempel des Betriebes

Schulinterne Daten (bitte nicht ausfüllen)

<input type="checkbox"/> Kündigung / Aufhebungsvertrag	Klasse: _____
<input type="checkbox"/> Ausbildungsvertrag	Kammer: _____

Unterlagen geprüft: _____