



**A n m e l d u n g zur berufsvorbereitenden Sonderberufsfachschule  
 Vorqualifizierungsjahr Arbeit/Beruf (VAB)**

Name des Schülers/der Schülerin	
Vorname	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	Geburtsort                      Kreis                      Geburtsland
Straße	
PLZ/Ort	
Telefon	Handy
Nationalität	Religion/Konfession
Asylbewerber/in    ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Spätaussiedler/in    ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, Einreisedatum:	Wenn ja, Einreisedatum:
Deutsche Sprachkenntnisse:	gar keine <input type="checkbox"/> wenige <input type="checkbox"/> gute <input type="checkbox"/>
Gesetzlicher Vertreter/Eltern: <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Bezugsperson <input type="checkbox"/> Betreuer/in	
Name _____	Vorname _____
Straße _____	PLZ/Ort _____
Telefon _____	Handy _____
Email _____	

<b>Bisher besuchte Schulen</b>			
von	bis	Name der Schule	Ort

A n m e l d u n g zur berufsvorbereitenden Sonderberufsfachschule – Seite 2

Name des Schülers/der Schülerin
---------------------------------

Zuletzt besuchte Klasse ist/war:
<input type="checkbox"/> Klasse 7 <input type="checkbox"/> Klasse 8 <input type="checkbox"/> Klasse 9 <input type="checkbox"/> BVJ/VAB
<input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss wird voraussichtlich erreicht
<input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss ist vorhanden
<input type="checkbox"/> BVJ/VAB-Abschluss ist vorhanden

Wird der Hauptschulabschluss in der Sonderberufsfachschule (BVJ) angestrebt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-------------------------------

Berufswunsch: <input type="checkbox"/> Ich weiß noch nicht
--

Wunschberuf Nr. 1:	Wunschberuf Nr. 2:
--------------------	--------------------

Bitte legen Sie folgende Unterlagen bei:
1. Kopien des <b>letzten Jahreszeugnisses und des letzten Halbjahreszeugnisses</b>
2. Lebenslauf
3. 2 Lichtbilder
4. Sonstige Unterlagen wie Qualipass, Praktikumsbeurteilung usw., sofern vorhanden

Gesundheitliche Einschränkungen bei praktischen/handwerklichen Tätigkeiten (z. B. Anfallsleiden, körperliche Beschwerden, Allergien, Medikamenteneinnahme usw.):
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Welche? _____
Ich bin: <input type="checkbox"/> Schwimmer/in <input type="checkbox"/> Nichtschwimmer/in

Ich bin einverstanden, dass die abgebende Schule der Josef-Wilhelm-Schule Auskünfte über meine Leistungen, die Mitarbeit und das Verhalten in der Schule geben darf:
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Zuständige Agentur für Arbeit:	Name der Berufsberaterin / des Berufsberaters:
--------------------------------	--

Ort, Datum	Unterschrift anmeldender Schüler/in	Unterschrift des gesetzl. Vertreters
------------	-------------------------------------	--------------------------------------