**Anmeldung** zur Aufnahme in die **Berufsschule**

an der Max-Eyth-Schule in 63303 Dreieich, Frankfurter Straße 160 – 166
Telefon: 06103 31316789, Fax: 06103 31316780, E-Mail: kontakt@mes-dreieich.de

| Ausbildungsbeginn: |       | Ausbildungsdauer: | [ ]  2 Jahre [ ]  2,5 Jahre [ ]  3 Jahre [ ]  3,5 Jahre Jahre  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ausbildungsberuf: |       |
| Name: |       | Vorname: |       |
| Geburtsdatum: |       | [ ]  männlich [ ]  weiblich |
| Geburtsort und -land: |       |
| Staatsangehörigkeit: |       | ggf. Zuzug nach Deutschland: |       |
| Religion: |       | Familiensprache: |       |
| Straße u. Nummer: |       |
| PLZ und Wohnort: |       |
| Telefon mit Vorwahl: |       | Mobil: |       |
| E-Mail: |       |
| **Erziehungsberechtigte** |
| **Vater** Name: |       | Vorname: |       |
| **Mutter** Name: |       | Vorname: |       |
| Straße u. Nummer |       |
| PLZ und Wohnort: |       |
| Telefon mit Vorwahl: |       | Mobil: |       |
| E-Mail: |       |
| **Vorherige Schule** |
| Name: |       |
| **Ausbildungsbetrieb** |
| Name: |       |
| Straße und Nummer: |       |
| PLZ und Ort: |       |
| Ausbilder/-in: |       | E-Mail: |       |
| Telefon: |       | Fax: |       |

**Klasseneinteilung der Auszubildenden aus einem Betrieb**

 in einer Klasse [ ]  in getrennten Klassen [ ]

**Gesundheitsberufe: gewünschte Tage für den Schulbesuch (ohne Gewähr)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Montag** | **Dienstag** | **Mittwoch** | **Donnerstag** | **Freitag** |
|  |  |  |  |  |