

	<b>Berufskolleg Humboldtstraße Köln</b>	
	Standort Humboldtstraße Humboldtstraße 41, 50676 Köln Tel.: 0221-221-91683 Fax.: 0221-221-91723 E-Mail: bkh@stadt-koeln.de	Standort Perlengraben Perlengraben 101, 50676 Köln Tel.: 0221-221-91447 Fax.: 0221-221-91852 E-Mail: bkh@stadt-koeln.de

## Anmeldung

Vom Berufskolleg auszufüllen		
Klasse:	Bestätigt am:	Von (Lehrkraft):

Schüler/in		
Name	Vorname	Geschlecht weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>
Straße/Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort
Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsland
Telefon Festnetz	Telefon mobil	E-Mail
Konfession	Staatsangehörigkeit/en	Spätaussiedler Ja <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
Schwerbehinderung Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>		

Eltern/ Sorgeberechtigte:		
Name der Mutter	Vorname der Mutter	Geburtsland der Mutter
Name des Vater	Vorname des Vater	Geburtsland des Vaters
Straße/Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort
Telefon	Fax	E-Mail
Sorgerecht: Beide Eltern: <input type="checkbox"/> Mutter: <input type="checkbox"/> Vater: <input type="checkbox"/> Sonstige/r gesetzliche/r Vertreter/in: <input type="checkbox"/>		

Bisherige Schulbildung	
Im letzten Schuljahr besuchte Schulform( z.B. Hauptschule, Realschule, Gesamtschule, Berufskolleg <b>mit Bildungsgang...</b> )	Entlassungsjahr
Name der Schule	Schulnummer
Voraussichtlicher Schulabschluss zum Schuljahresende (bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> HSA KI.9 <input type="checkbox"/> HSA KI.10 <input type="checkbox"/> FOR <input type="checkbox"/> FOR+ Quali. <input type="checkbox"/> FHR <input type="checkbox"/> AHR	Höchster bisher erreichter Abschluss (bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> HSA KI.9 <input type="checkbox"/> HSA KI.10 <input type="checkbox"/> FOR <input type="checkbox"/> FOR+ Quali. <input type="checkbox"/> FHR <input type="checkbox"/> AHR
Fremdsprachen: 1. _____ 2. _____ 3. _____	Abgeschlossene Berufsausbildung Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Bitte auch die folgende Seite 2 ausfüllen! Vielen Dank!

Hiermit melde ich mich verbindlich für folgenden Bildungsgang an: (Bitte ankreuzen)

Name: \_\_\_\_\_

Bildungsgang		Fachrichtung	
<input type="checkbox"/>	Ausbildungsvorbereitung Vollzeit + HSA	<input type="checkbox"/>	Gesundheit/ Erziehung u. Soziales: Körperpflege
		<input type="checkbox"/>	Gesundheit/ Erziehung u. Soziales: Gesundheit
		<input type="checkbox"/>	Textiltechnik u. Bekleidung
<input type="checkbox"/>	Einjährige Berufsfachschule und Hauptschulabschluss nach Kl.10 (HSA 10) (Jahr 1)	<input type="checkbox"/>	Gesundheit/ Erziehung u. Soziales: Körperpflege
		<input type="checkbox"/>	Gesundheit/ Erziehung u. Soziales: Gesundheit
		<input type="checkbox"/>	Textiltechnik u. Bekleidung
<input type="checkbox"/>	Einjährige Berufsfachschule und Fachoberschulreife (FOR) (Jahr 2)	<input type="checkbox"/>	Gesundheit/ Erziehung u. Soziales: Körperpflege
		<input type="checkbox"/>	Gesundheit/ Erziehung u. Soziales: Gesundheit
		<input type="checkbox"/>	Textiltechnik u. Bekleidung
<input type="checkbox"/>	Zweijährige Berufsfachschule und Fachhochschulreife (FHR)	<input type="checkbox"/>	Gesundheit/ Soziales
		<input type="checkbox"/>	Agrarwirtschaft
<input type="checkbox"/>	Dreijährige Berufsfachschule: Staatlich geprüfte/r Assistent/in , Berufsabschluss und FHR	<input type="checkbox"/>	Kosmetiker/in
		<input type="checkbox"/>	Bekleidungstechnische/r Assistent/in
<input type="checkbox"/>	Zweijährige Berufsfachschule: Staatlich geprüfte/r Assistent/in, Berufsabschluss	<input type="checkbox"/>	Bekleidungstechnische/r Assistent/in
<input type="checkbox"/>	Berufliches Gymnasium und Allgemeine Hochschulreife (AHR)	<input type="checkbox"/>	Gesundheit u. Soziales: Freizeitsportleiter/in (Sport/Gesundheitsförderung, Biologie)
		<input type="checkbox"/>	Gesundheit u. Soziales: Gesundheit (Gesundheit, Biologie)

<b>Berufsschule</b>		
Ausbildungsberuf:		
Fachlicher Schwerpunkt:		
Name des Ausbildungsbetriebs:		
Name des Betriebsinhabers/ der Betriebsinhaberin:		
Ansprechpartner:		
Straße u. Hausnummer		PLZ
Telefon		Ort
Ausbildungsvertrag		Fax
		E-Mail
		von:
		bis:

Ich versichere, dass alle angegebenen Daten der Wahrheit entsprechen. Sollte mir auf Grund unrichtiger Angaben ein Schulplatz zugeteilt werden, muss ich mit dem Verlust der Zusage rechnen.

Ich verpflichte mich, alle Änderungen der persönlichen Daten unverzüglich der Schule mitzuteilen.

Köln, Datum \_\_\_\_\_

Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Schülerin/ des Schülers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der gesetzl. Vertreterin/ des gesetzl. Vertreters