



**Steinbeisstraße 26, 88046 Friedrichshafen**

Tel.: 07541/70 03 330

Fax: 07541/70 03 329

E-mail: [schulleitung@cds-fn.de](mailto:schulleitung@cds-fn.de)

**Anmeldung zum Besuch der Berufsschule**

<b>Schülerdaten</b>	
Name: _____	Geburtsname: _____
Vorname: _____	Geburtsdatum: _____
Straße: _____	Geburtsort: _____
PLZ/Ort: _____	Geburtsland: _____
Telefon: _____	
Nationalität: _____	
Konfession: _____	
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	

<b>Erziehungsberechtigter/ Bezugsperson</b>	
Name: _____	Titel/Beruf: _____
Vorname: _____	
Straße: _____	Telefon: _____
PLZ/Ort: _____	Fax: _____

<b>Schullaufbahn</b>	
<b>Vorbildung:</b> <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Realschulabschluss <input type="checkbox"/> sonstiger Abschluss	
Name der vorhergegangenen Schule: _____	

<b>Beruf/Betrieb</b>	
Berufsbezeichnung: _____	<input type="checkbox"/> Vorvertrag
Betrieb: _____	<input type="checkbox"/> Ausbildungsvertrag
Straße: _____	<b>Ausbildungs-</b>
PLZ/Ort: _____	beginn: _____
Tel.: _____                      Fax: _____	ende: _____

*Bitte Kopie des Ausbildungsvertrages beilegen.*

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_