(Schuljahr _____)

Berufliche Schule des Kreises Ostholstein in Oldenburg - Europaschule -

Anmeldung zum einjährigen Bildungsgang AV-SH mit MSA

Kremsdorfer Weg 31, 23758 Oldenburg
Tel. 04361-9080 Fax 04361-908118 e-mail: buero@bbs-old.de

Aufnahmevoraussetzung:	Erster allgemeinbildender Abschluss oder gleichwertig
Bewerbungsunterlagen:	*Dieses **Anmeldeformular** ***Lebenslauf** mit Foto *Beglaubigte Kopie des letzten **Zeugnisses**
Eine besondere Bewerbungsmappe ist nicht erforderlich	

Unvollständig ausgefüllte Anmeldungen führen zum Ausschluss aus dem Bewerbungsverfahren!
Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitung dieser Daten sind §§ 30 ff. SchulG; der Datenschutz ist gewährleistet.

Bitte jeweils nur ein Kreuz setzen

1. Bereich ( ) Wirtschaft ( ) Gesundheit und Ernährung ( ) Technik
2. Bereich ( ) Wirtschaft ( ) Gesundheit und Ernährung ( ) Technik

Die Vergabe des Schulplatzes ist von der Anzahl der zur Verfügung stehenden Schulplätze und dem erreichten Notenschnitt abhängig. Die Neuordnung erfordert die Wahl von 2 Fachbereichen (aus 3 möglichen), in denen parallel unterrichtet wird, um ein breites Spektrum zur Berufsorientierung zu erhalten.

Bewerberin / Bewerber

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtstag: _____ Staatsangehörigkeit: _____ Geburtsland:_____

(Jahr des Zuzuges nach Deutschland: _____ Sprache im Geburtsland: _____)
(wenn Geburtsland nicht Deutschland ist)

Anschrift: _____(_____)_____

Telefon:_____ Handy: _____

ESA wird/wurde erreicht am:_____

Legasthenie ( ) ja (Nachweis bitte beifügen) ( ) nein

_____ _____
Ort / Datum Unterschrift der Bewerberin / des Bewerbers

Hinweis: Die Aufnahme in die Oberstufe ist von dem erfolgreichen Abschluss des ersten Jahres abhängig und erfordert eine erneute Bewerbung im Folgejahr.

Gesetzliche(r) Vertreter (entfällt bei volljährigen Bewerberinnen / Bewerbern)

Nachname, Vorname :_____

Anschrift: _____

Telefon:_____ Handy: _____

Einwilligungserklärung (bei volljährigen Bewerberinnen / Bewerbern *nicht* erforderlich)

Ich bin damit einverstanden, dass meine Tochter / mein Sohn das AV-SH mit MSA besucht.

_____ _____
Ort / Datum Unterschrift der / des gesetzlichen Vertreters

Nicht ausfüllen / für Vermerke der Schulleitung

Erfasst am /von	Schnitt	Aufnahme	Warteplatz	abgelehnt	Sonstiges		LRS	Zuordnung