

# Staatliche Berufsschule Nördlingen

Kerschensteinerstr. 4, 86720 Nördlingen - Tel.: (0 90 81) 29 53-0 - Fax: 29 53-45 – email: berufsschule@bsz-noerdlingen.de

<b>Anmeldung zur Berufsschule:</b>	<b>Klasse:</b>	<b>Bitte freilassen! ▶</b>	<u>Eintrag der Berufsschule:</u>
Name:	Vorname:		
Geb.-Datum:	Geb.-Ort:	ggf. Geb.-Land	
Straße, Hs.-Nr.:	PLZ, Ort:		
E-Mail-Adresse:	Telefon:		

<b>Geschlecht:</b>	<b>Familienstand:</b>	<b>Bekenntnis:</b>	<b>Elternart:</b>	<b>Anschrift gilt für</b>
<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> röm.-kath. <input type="checkbox"/> israel.	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Vater
<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> ohne Rel.-Zugeh.	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Mutter
		<input type="checkbox"/> griech.-orth. <input type="checkbox"/> sonstige	<input type="checkbox"/> Vormund	<input type="checkbox"/> Vormund
		<input type="checkbox"/> islam.		<input type="checkbox"/> Schüler

**Erziehungsberechtigte:**

Name u. Vorname:	
Straße:	
PLZ, Ort:	

**Staatsangehörigkeit:**  deutsch; andernfalls: \_\_\_\_\_ Zuzug in BRD: \_\_\_\_\_ (Datum)

Aussiedler    Asylant    Ausländer (nicht Asylbew.)    Kriegsflüchtling    sonst. Zuzug

<b>Zuletzt besuchte Schule:</b>		
	genaue Bezeichnung Δ	Amtliche Schulnummer Δ

**Am 15.10. des Vorjahres besuchte Schule:**

<input type="checkbox"/> allgemeinbildende Schule	<input type="checkbox"/> Berufsschule	<input type="checkbox"/> Fachoberschule	<input type="checkbox"/> keine Schule
<input type="checkbox"/> Wirtschaftsschule	<input type="checkbox"/> Berufsfachschule		<input type="checkbox"/> sonstige Schule

**Schulische Vorbildung:**

<input type="checkbox"/> Mittelschule (erfolgr. Abschl.)	<input type="checkbox"/> mittlerer Abschluss	<input type="checkbox"/> Hochschulreife	<input type="checkbox"/> ohne Abschluss
<input type="checkbox"/> Mittelschule (quali. Abschl.)	<input type="checkbox"/> Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/> sonstige Schule	<input type="checkbox"/> Förderschule (Abschl. indiv. L.)

**erworben an Schulart:**

<input type="checkbox"/> Mittelschule	<input type="checkbox"/> Realschule	<input type="checkbox"/> Gymnasium	<input type="checkbox"/> Volksschule für Behinderte
<input type="checkbox"/> Wirtschaftsschule	<input type="checkbox"/> Fachoberschule	<input type="checkbox"/> sonstige Schulen	

<b>Ausbildungsberuf:</b> ▶	
	genaue Bezeichnung Δ

<b>Ausbildungsbeginn:</b> ▼	<b>Ausbildungsende:</b> ▼	<b>Ausbildungsdauer:</b> ▼
von:	bis:	Jahre:

<b>Ausbildungsbetrieb:</b>	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	E-Mail-Adresse:

**Fax:**

**Art der Ausbildung:**

<input type="checkbox"/> Ausbildung m. Ausbildungsvertrag	<input type="checkbox"/> EQJ-Vertrag	<input type="checkbox"/> BaE-Vertrag
<input type="checkbox"/> Ausbildung m. Praktikumsvertrag	<input type="checkbox"/> Ohne Berufstätigkeit und Ausbildung	
<input type="checkbox"/> Teilnehmer Lehrgang Arbeitsverwaltung	<input type="checkbox"/> Gastschüler	

<input type="checkbox"/> Umschüler mit Vertrag: ▶	Bewilligungsnummer: ▶
Zuständige Stelle: ▶	

Rechtsgrundlage für die Datenerhebung ist Art. 85 BayEUG

\_\_\_\_\_  
Datum u. Unterschrift

## Bitte an die Schule zurücksenden

Fax: 09081 2953-45

Mail: [berufsschule@bsz-noerdlingen.de](mailto:berufsschule@bsz-noerdlingen.de)

### Verpflichtender Nachweis über einen ausreichenden Masernschutz gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG) für SchülerInnen

Nachname:	Geschlecht:	Geburtsdatum:
Vorname:		
Name aller Erziehungsberechtigten oder Betreuer (falls zutreffend):		
Adresse:	Telefon:	
	Email:	

#### DER NACHWEIS KANN AUF EINE DER FOLGENDEN ARTEN ERBRACHT WERDEN:

- Nachweis über **2 Masernimpfungen**
- Ärztliche Bescheinigung, dass eine Immunität gegen Masern besteht, weshalb kein Impfnachweis erforderlich ist.
- Ärztliche Bescheinigung über eine dauerhafte medizinische Kontraindikation, aufgrund derer eine Masernschutzimpfung nicht gegeben werden darf.
- Bescheinigung einer Behörde oder einer anderen Einrichtung, dass eine ärztliche Bescheinigung über Immunität oder dauerhafte Kontraindikation bereits vorgelegt wurde.

**!!! KOPIE BEIFÜGEN !!!**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Schüler (ggf. Erziehungsberechtigte/r )

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Schulleiter

WIRD VON  
DER SCHULE  
AUSGEFÜLLT