



Max-Bill-Schule  
OSZ Planen Bauen Gestalten  
Gustav-Adolf-Str. 66  
13086 Berlin

Bearbeiterin: Frau Bentouati  
Telefon: 030 912052-185  
Fax: 030 912052-184  
E-Mail: [ben@max-bill-schule.de](mailto:ben@max-bill-schule.de)

## Anmeldeformular

### für die dualen Ausbildungsberufe an der Max-Bill-Schule

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit nachfolgendem Formular melden Sie Ihre/Ihren neuen Auszubildende/n für das 1. Ausbildungsjahr schriftlich bei uns an.

Bitte versehen Sie das Formular mit den Angaben zu Ihrer/Ihrem Auszubildenden sowie mit Ihren Firmenangaben.

Schicken Sie uns das Formular hiernach bitte an folgende E-Mail-Adresse: [ben@max-bill-schule.de](mailto:ben@max-bill-schule.de)

Bei besonderen Wünschen oder Nachfragen zur Beschulung Ihrer Auszubildenden wenden Sie sich bitte an das Sekretariat.

Wir werden Sie rechtzeitig nach Eingang der Anmeldung schriftlich über den ersten Berufsschultag und die Blockwochen der Auszubildenden informieren.

Mit freundlichen Grüßen

Sven Treskatsch  
(Abteilungsleiter Abteilung 2)

### **Angaben zum Betrieb:**

Firma:	<input type="text"/>	Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort):	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse:	<input type="text"/>		
Bearbeiter:	<input type="text"/>	Telefon Festnetz:	<input type="text"/>
Ort:	<input type="text"/>	Datum:	<input type="text"/>

Max-Bill-Schule OSZ Planen Bauen Gestalten Gustav-Adolf-Str. 66 13086 Berlin	<b>Schülerpersonalblatt</b>		Passfoto
	<b>Berufsschule im OB (duale Ausbildung)</b>		
	Aufnahmetag <sup>1</sup> :		

<sup>1)</sup> Wird von der Schule ausgefüllt

**Angaben zur/zum Auszubildenden:**

Ausbildungsberuf:			
Name:		Vorname/n:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Person nichtdeutscher Herkunft <sup>2</sup> :	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort):	
Telefon Festnetz:		Telefon mobil:	
E-Mail-Adresse:			
erreichter Schulabschluss:	<input type="checkbox"/> Berufsbildung sreife (BbR)	<input type="checkbox"/> erweiterte Berufsbildungsreife (eBbR)	<input type="checkbox"/> Mittlerer Schulabschluss (MSA) <input type="checkbox"/> Abitur/Fach- hochschulreife <input type="checkbox"/> ohne
<b>Wenn Auszubildende/r noch nicht volljährig ist:</b>			
Erziehungsberechtigte/r:	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Sonst.	Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort):	
Telefon Festnetz:		Telefon mobil:	

<sup>2)</sup> Person, dessen/deren Mutter- bzw. Herkunftssprache nicht deutsch ist

**Angaben zum Betrieb:**

Firma:		Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort):	
Telefon Festnetz:		Telefon mobil:	
E-Mail-Adresse:			
Tag des Eintritts:		Tag des Austritts <sup>1</sup> :	

**Betriebswechsel<sup>1</sup>:**

Firma:		Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort):	
Telefon Festnetz:		Telefon mobil:	
E-Mail-Adresse:			
Tag des Eintritts:		Tag des Austritts:	

**Klassenwechsel<sup>1</sup>:**

	Datum:	Klasse:	Klassenleiter/in:	Grund:
aufgenommen am:				
Wechsel am:				
Wechsel am:				