



<b>Berufskolleg Humboldtstraße</b>	
Standort Humboldtstraße Humboldtstraße 41 50676 Köln Tel: 0221-221-91683 Fax: 0221-221-91723 Email: sekretariat@berufskolleg-humboldtstr.de	Standort Perlengraben Perlengraben 101 50676 Köln Tel: 0221-221-91447 Fax: 0221-221-91852 Email: sek-perl@berufskolleg-humboldtstr.de

## Anmeldung

Vom Berufskolleg auszufüllen		
<b>Klasse</b>	<b>Bestätigt am</b>	<b>von</b> Lehrer/in:
		Büro:

### Schüler

Name		Vorname	
Straße / Hausnummer			
Postleitzahl / Wohnort			
Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsland	
Telefon Festnetz	Telefon Mobil	Email	
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Religion	Staatsangehörigkeit	Spätaussiedler <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Geburtsland Mutter		Geburtsland Vater	

### Eltern / Erziehungsberechtigte

Name		Vorname	
Erziehungsberechtigung <input type="checkbox"/> beide Eltern <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> sonstiger gesetzlicher Vertreter			
Straße / Hausnummer			
Postleitzahl / Wohnort			
Telefon Festnetz	Telefon Mobil	Email	

### Bisherige Schulbildung

Zur Zeit / zuletzt besuchte Schulform (Hauptschule, Realschule, Berufskolleg, ...)	
Name der Schule	Schulnummer
Voraussichtlicher Schulabschluss	
Höchster bisher erreichter allgemeinbildender Schulabschluss	
Name der Schule	Schulnummer

**bitte wenden**

Schülername

**Hiermit melde ich mich für folgenden Bildungsgang an:**

<input type="checkbox"/> <b>Berufsgrundschuljahr</b>	<input type="checkbox"/> Körperpflege / Friseur <input type="checkbox"/> Körperpflege / Kosmetik <input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Textil und Bekleidung	
<input type="checkbox"/> <b>Berufsorientierungsjahr</b>	<input type="checkbox"/> Körperpflege <input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Textil und Bekleidung	
<input type="checkbox"/> <b>Sonstige:</b> .....	<b>Schwerpunkt:</b> .....	
<input type="checkbox"/> <b>Berufsfachschule für Sozial- und Gesundheitswesen</b>	<input type="checkbox"/> Einjährige Form <input type="checkbox"/> Zweijährige Form + FOR <input type="checkbox"/> Zweijährige Form + FHR	
<input type="checkbox"/> <b>Berufsfachschule Agrarwirtschaft + FHR</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Höhere Berufsfachschule für Bekleidungstechnische Assistent/innen + FHR</b>	<input type="checkbox"/> Zweijährige Form <input type="checkbox"/> Dreijährige Form	
<input type="checkbox"/> <b>Höhere Berufsfachschule für staatlich geprüfte(r) Kosmetiker/in + FHR</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Fachoberschule</b>	<input type="checkbox"/> für Technik - Textil und Bekleidung - Klasse 12 <input type="checkbox"/> Klasse 13 <input type="checkbox"/> für Gestaltung - Klasse 12b	
<b>Berufsschule</b>		
<b>Ausbildungsberuf:</b> ..... .....	<b>Schwerpunkt:</b> .....	
Name des Ausbildungsbetriebes:		
Name des Betriebsinhabers:		
Straße	PLZ	Ort
Telefon	Fax	Email
Ansprechpartner	Ausbildungsvertrag von:	bis:

Ich versichere, dass alle angegebenen Daten der Wahrheit entsprechen. Sollte aufgrund unrichtiger Angaben ein Schulplatz zugeteilt werden, muss mit dem Verlust der Zusage gerechnet werden.

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

Köln, \_\_\_\_\_

Unterschrift des/r Schülers/in

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters