

(Schuljahr \_\_\_\_\_)

**Berufliche Schule**  
des Kreises Ostholstein in Oldenburg



## 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

|   |  |
|---|--|
| <b>Aufnahmevoraussetzung:</b>                         | Erster allgemeinbildender Abschluss oder gleichwertig  |
| <b>Bewerbungsunterlagen:</b>                          | *Dieses Anmeldeformular<br>*Lebenslauf<br>*Ablichtung des letzten Zeugnisses/beglaubigte Kopie des Abschlusszeugnisses |
| Eine besondere Bewerbungsmappe ist nicht erforderlich |  |

**Unvollständig ausgefüllte Unterlagen führen zum Ausschluss aus dem Bewerbungsverfahren!**

Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitung dieser Daten sind §§ 30 ff. SchulG; der Datenschutz ist gewährleistet.

**Es sind zwei Fachbereiche zu belegen.**

**Der erste Fachbereich ist zu wählen. Der zweite Fachbereich wird zugeordnet.**

Bitte kreuzen Sie einen ersten Fachbereich nach Ihrem Interesse an:

**Fachbereich**      ( ) **Gesundheit und Ernährung**                      ( ) **Technik**                      ( ) **Wirtschaft**

Die Vergabe des Schulplatzes ist von der Anzahl der zur Verfügung stehenden Schulplätze und dem erreichten Notenschnitt abhängig.

**Bewerberin / Bewerber**

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Geburtsland: \_\_\_\_\_

(Jahr des Zuzuges nach Deutschland: \_\_\_\_\_ Sprache im Geburtsland: \_\_\_\_\_)

Anschrift: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

ESA wird/wurde erreicht am: \_\_\_\_\_

**Legasthenie**      ( ) **ja** (**Bitte legen Sie den Nachweis bei**)                      ( ) **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 Vertreterin / Gesetzlicher Vertreter** (entfällt bei volljährigen Bewerberinnen / Bewerbern)

Nachname (n), Vorname (n): \_\_\_\_\_

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 |
|-----------------|---------|----------|------------|-----------|-----------|--|-----|-----------|
|                 |         |          |            |           |           |  |     |           |
|                 |         |          |            |           |           |  |     |           |

(Schuljahr \_\_\_\_\_)