

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

**Berufliche Schule**  
des Kreises Ostholstein in Oldenburg



**Anmeldung zur Berufsintegrationsklasse  
Deutsch als Zweitsprache (DAZ)  
(für Jugendliche ohne Ausbildungsverhältnis)**

Berufsintegrationsklasse Deutsch als Zweitsprache, Kremisdorfer Weg 31, 23758 Oldenburg  
Tel. 04361-9080 Fax 04361-908118 e-mail : buero@bbs-old.de

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

**Bewerberin / Bewerber**

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

Anschrift: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

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

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

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

E-Mail: \_\_\_\_\_

Zuletzt besuchte Schule im Heimatland / in Deutschland: \_\_\_\_\_

Entlassung aus Klasse: \_\_\_\_\_ Kein Schulbesuch

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Bewerberin / des Bewerbers

**Gesetzliche Vertreterin/Betreuerin / Gesetzlicher Vertreter/Betreuer** (entfällt bei volljährigen Bewerberinnen / Bewerbern)

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

Anschrift: \_\_\_\_\_  
(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort, ggf. Telefon mit Vorwahl)

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

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

Ich bin damit einverstanden, dass die Jugendliche / der Jugendliche die Berufsintegrationsklasse Deutsch als Zweitsprache besucht.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der / des gesetzlichen Vertreters

Nicht ausfüllen / für Vermerke der Schulleitung

Erfasst am /von	Aufnahme am	Warteplatz	abgelehnt	Sonstiges		