

Aufnahmeantrag für die Kaufmännische Berufsschule



**Kaufmännische
Schule** Lörrach

Wintersbuckstraße 5
79539 Lörrach
Email: sekretariat@ksloe.de
Fon: 07621/ 429-3010
Fax: 07621/ 429-3999

Name:	
Vorname:	
Familienstand:	<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet
Geschlecht:	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich
Straße:	
PLZ / Ort:	
Telefon:	
E-mail:	
Geb.Dat:	Geb.Ort:
Nationalität:	Konfession:
Muttersprache:	
Bezugsperson:	<input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Ehegatte <input type="radio"/> Sonstige
Name:	
Vorname:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	
Email:	
Schulische Vorbildung:	
Schulabschluss auswählen:	<input type="radio"/> Hauptschulabschluß <input type="radio"/> Mittl. Reife (MBA) <input type="radio"/> Fachhochschulreife <input type="radio"/> Abitur
<input type="radio"/> Hauptschule <input type="radio"/> Realschule <input type="radio"/> Berufl. Schule <input type="radio"/> Gymnasium	Schulart auswählen / Name der letzten Schule:

bitte wenden!

Beruf/Betrieb	
Berufsbezeichnung:	
Betrieb:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Telefon:	Fax:
Email:	
Beginn der Ausbildung:	
Dauer der Ausbildung:	<input type="radio"/> 2 Jahre <input type="radio"/> 2,5 Jahre <input type="radio"/> 3 Jahre

Datenschutzrechtlicher Hinweis:	
Mir ist bekannt, dass erhobene und zukünftig anfallende Daten bei Bedarf an die unten aufgeführten Stellen weitergeleitet werden.	
Unterschrift Auszubildende/r:	
Stellen:	
- das zuständige Amt für Ausbildungsförderung bei BAFöG-Antrag	- die zuständige Kindergeldkasse
- das Ministerium für Kultus Jugend und Sport Stuttgart	- das Regierungspräsidium Freiburg
- meine Eltern / Erziehungsberechtigte/r	- Deutsche Rentenversicherung Berlin
- mein Ausbildungsbetrieb	- die zuständigen Kammern