Anmeldung zur **Gesundheits- und Pflegeassistenz**

Berufliche Schule Burgstraße, Standort Hinrichsenstraße 35
Schulbüro Fax: 040 428847-266

Personalien	**Angaben über bisherigen Schulbesuch**
Name:	Name der Schule:
Vorname:	Entlassungsjahr:
geboren am in	**Abschluss**: ☐ ohne Schulabschluss ☐ eSA* ☐ mSA*
Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich	Sonstiger Abschluss: *
Staatsangehörigkeit:	***Bitte fügen Sie den Nachweis als Kopie bei.** **Unvollständige Unterlagen können nicht bearbeitet werden.**
(ggf.) in Deutschland seit:	Bundesland:
Straße:	*(in dem der Schulabschluss gemacht wurde)*
PLZ/ Ort:	☐ andere Schule
Telefon:	
E-Mail:	

Ausbildungsbetrieb

Firma:

Straße:

PLZ/ Ort:

Telefon: Telefax:

E-Mail:

Ausbilder*in: Ausbildungsbeginn:

Angaben zum überbetrieblichen Unterricht bzw. zumTräger (bitte ankreuzen)

❒Der überbetriebliche Unterricht wird von der **BI Elbinseln** durchgeführt
❒Der überbetriebliche Unterricht wird von der **GPAlliance** durchgeführt.
❒Der überbetriebliche Unterricht wird vom **Grone Netzwerk** durchgeführt.
❒Der überbetriebliche Unterricht wird von **Max Q** durchgeführt.

❒**Trägergestützte Ausbildung** ❒ nein ❒ ja / bei: _____

Datum _____ _____
(Unterschrift)

Vermerke der Schule:

	☐ Schüler-Daten ☐ Schulischer Werdegang	☐ Berufliche Daten ☐ Betriebe-Daten	_____ Datum und Kürzel