

Anmeldung zur Gesundheits- und Pflegeassistentenz

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



Personalien	Angaben über bisherigen Schulbesuch
Name: _____	Name der Schule: _____
Vorname: _____	Entlassungsjahr: _____
geboren am _____ in _____	Abschluss: <input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> eSA* <input type="checkbox"/> mSA*
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Sonstiger Abschluss: _____ *
Staatsangehörigkeit: _____	* Nachweis bitte als Kopie beifügen
in Deutschland seit: _____	Bundesland: _____ (in dem der Schulabschluss gemacht wurde)
Straße: _____	Schulform:
PLZ/ Ort: _____	Berufsschule <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Stadtteilschule <input type="checkbox"/>
Telefon: _____	sonstige Schule: _____
E-Mail: _____	

Ausbildungsbetrieb	
Firma: _____	
Straße: _____	
PLZ/ Ort: _____	
Telefon: _____	Telefax: _____
E-Mail: _____	
Ausbilder/-in: _____	Ausbildungsbeginn: _____

Angaben zum überbetrieblichen Unterricht/zum Träger (bitte ankreuzen)
<input type="checkbox"/> Der überbetriebliche Unterricht wird von der GPAlliance durchgeführt
<input type="checkbox"/> Der überbetriebliche Unterricht wird von MaxQ durchgeführt.
<input type="checkbox"/> Der überbetriebliche Unterricht wird von der Altenpflegeschule Alstertal durchgeführt.
<input type="checkbox"/> Der überbetriebliche Unterricht wird vom Schulungszentrum für Altenpflege durchgeführt.
<input type="checkbox"/> Trägergestützte Ausbildung bei: <input type="checkbox"/> BI Elbinseln <input type="checkbox"/> Grone <input type="checkbox"/> JBH <input type="checkbox"/> sonstigem Träger: _____

Datum _____

(Unterschrift)

Vermerke der Schule:

	<input type="checkbox"/> Schüler-Daten	<input type="checkbox"/> Berufliche Daten	_____ Datum und Kürzel
	<input type="checkbox"/> Schulischer Werdegang	<input type="checkbox"/> Betriebe-Daten	