

Bitte per **FAX/SCAN** senden an:
Kaufm. Berufskolleg Walther Rathenau
Walther-Rathenau-Straße 10 – 47166 Duisburg

FAX 0203-2835115
oder als **SCAN** an **info@kbwr.de**

Wir melden folgende/n Auszubildende/n zum Berufsschulunterricht an:

Bitte in großen **BLOCKBUCHSTABEN** ausfüllen

Auszubildende/r		Erziehungsberechtigte/r (Angabe nur bei Minderjährigen)	
Familienname:		Familienname:	
Vorname:		Vorname:	
Geburtsdatum:	____.____.19____	Art der Erziehungsberechtigung:	<input type="checkbox"/> Vater (V) <input type="checkbox"/> Mutter (M) <input type="checkbox"/> beide Eltern <input type="checkbox"/> sonstiger gesetzlicher Vertreter
Geburtsort:			
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Straße:	
Straße:		PLZ und Wohnort:	
PLZ und Wohnort:		Vorwahl/ Telefon-Nr.:	
Vorwahl/Telefon-Nr.:		Handy-Nr.:	
Handy-Nr.:		Geburtsdaten:	(V) ____ . ____ . 19 ____ (M) ____ . ____ . 19 ____
Email-Adresse:		Geburtsland Vater:	
		Geburtsland Mutter:	

Religionszugehörigkeit: <input type="checkbox"/> ev <input type="checkbox"/> rk <input type="checkbox"/> muslimisch <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> ohne
Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ Aussiedler: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Einwanderungsjahr Auszubildende/r: _____ Verkehrssprache: _____ (vorwiegend in der Familie gesprochene Sprache)

Bitte um Angabe des Vorliegens von sonderpädagogischem Förderbedarf bei der bzw. dem Auszubildenden nach § 4 der Ausbildungsordnung sonderpädagogischer Förderung (AO-SF)	
<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja (Bitte auch den zutreffenden Bereich nachstehend ankreuzen.)
<input type="checkbox"/>	Körperbehinderung
<input type="checkbox"/>	Hörschädigung (Gehörlosigkeit, Schwerhörigkeit)
<input type="checkbox"/>	Sehschädigung (Blindheit, Sehbehinderung)
<input type="checkbox"/>	eine medizinisch attestierte Störung im autistischen Spektrum
<input type="checkbox"/>	eine langfristige oder chronische Erkrankung
<input type="checkbox"/>	eine akute Behinderung (z. B. infolge einer Verletzung)

Bitte Rückseite beachten.



Ausbildungsberuf:

Nur Teilzeitunterricht

<input type="checkbox"/> Automobilkaufmann/-frau	<input type="checkbox"/> Fachlagerist/in
<input type="checkbox"/> Kaufmann/-frau im Einzelhandel	<input type="checkbox"/> Verkäufer/in
<input type="checkbox"/> Med. Fachangestellte/r	<input type="checkbox"/> Med. Fachangestellte/r und FHR
<input type="checkbox"/> Rechtsanwaltsfachangestellte/r	<input type="checkbox"/> Rechtsanwalts- und Notarfachangestellte/r
<input type="checkbox"/> Schifffahrtskaufmann/-frau	<input type="checkbox"/> Sport- und Fitnesskaufmann/-frau
<input type="checkbox"/> Kaufmann/-frau im Gesundheitswesen	

Teilzeitunterricht und Blockunterricht (gemäß den organisatorischen Möglichkeiten der Schule)

<input type="checkbox"/> Fachkraft für Lagerlogistik	<input type="checkbox"/> Teilzeitunterricht	<input type="checkbox"/> Blockunterricht
<input type="checkbox"/> Industriekaufmann/-frau	<input type="checkbox"/> Teilzeitunterricht	<input type="checkbox"/> Blockunterricht
<input type="checkbox"/> Kaufmann/-frau für Büromanagement	<input type="checkbox"/> Teilzeitunterricht	<input type="checkbox"/> Blockunterricht
<input type="checkbox"/> Kaufmann/-frau für Spedition und Logistikdienstleistung	<input type="checkbox"/> Teilzeitunterricht	<input type="checkbox"/> Blockunterricht

Voraussichtliche Ausbildungsdauer: _____ Jahre

Ausbildungsbeginn: _____.____.20____

Vorbildung:

- kein Abschluss
- Hauptschulabschluss nach Klasse 9
- Hauptschulabschluss mit Berechtigung zum Besuch der Klasse 10, Typ B
- Hauptschulabschluss nach Klasse 10
- Fachoberschulreife
- Fachoberschulreife mit Qualifikation
- Fachhochschulreife
- Allgemeine Hochschulreife
- Hochschulreife für NRW
- Schulabschluss im Ausland

Zuletzt besuchte Schule:

- Hauptschule
- Realschule
- Gesamtschule
- Gymnasium
- Handelsschule
- Höhere Handelsschule
- Berufsschule
- sonstige:

Name der bisherigen Schule:

Ort der bisherigen Schule:

Ich wünsche die Beschulung unserer Auszubildenden gleichen Jahrgangs

- in einer Klasse in verschiedenen Klassen

Ausbilder/in: Herr Frau _____ E-Mail: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Kaufm. Berufskolleg Walther Rathenau
Walther-Rathenau-Straße 10 – 47166 Duisburg

Walther-Rathenau-Straße 10
47166 Duisburg
Telefon: +49 (203) 283 5110
Telefax: +49 (203) 283 5115
E-Mail: info@kbwr.de

**Einschulungen
Berufsschule**

Schuljahr 2017/18

www.kbwr.de

Einschulungstag: Mittwoch, 30.08.2017

Automobilkaufmann/-frau	08:00 Uhr – Raum 302
Fachkraft für Lagerlogistik Fachlagerist/in	08:00 Uhr – } Pausenhalle (Aushang) 08:00 Uhr – }
Kaufmann/-frau für Büromanagement	08:00 Uhr – Raum 023
Kaufmann/-frau im Gesundheits- wesen	08:00 Uhr – 2. Etage (Flur)
Industriekaufmann/-frau	09:50 Uhr – Raum 106
Kaufmann/-frau für Spedition und Logistikdienstleistung Schiffahrtskaufmann/-frau	09:50 Uhr – Raum 023 09:50 Uhr – Raum 023
Sport- und Fitnesskaufmann/-frau	09:50 Uhr – Raum 119
Kaufmann/-frau im Einzelhandel Verkäufer/in	11:40 Uhr – Raum 023
Medizinische/r Fachangestellte/r	11:40 Uhr – 5. Etage (Flur)
Rechtsanwaltsfachangestellte/r Rechtsanwalts- und Notar- fachangestellte/r	11:40 Uhr – Raum 405