

# Anmeldung

Bitte füllen Sie nach der Genehmigung des Lehrvertrages die Anmeldung aus und übermitteln Sie sie per Fax an 062 745 56 02 oder per Mail an sekretariat@bwzofingen.ch

Eintritt \_\_\_\_\_

**Klasse** \_\_\_\_\_  
(Wird durch die Administration ausgefüllt)

**Beruf** gemäss Lehrvertrag:

**Mit Berufsmaturität** (Bitte das BM-Anmeldeformular ausfüllen)

Für prüfungsfreien Eintritt bitte Bezirksschulzeugnis beilegen (Durchschnitt mind. 4.4)

**Zweitlehre: abgeschlossene Lehre als:** \_\_\_\_\_

**Art. 34/32**

## Persönliche Angaben (Adressänderungen bitte immer umgehend melden)

Herr  Frau Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort/Kanton \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_ Heimatort/Kanton \_\_\_\_\_ Muttersprache \_\_\_\_\_

Geb. Datum \_\_\_\_\_ Tel. Privat \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ sonstige Angaben \_\_\_\_\_

## Gesetzlicher Vertreter

Herr  Frau Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort/Kanton \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Tel. Privat \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

## Ausbildungsbetrieb

Firma \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort/Kanton \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**Aus- oder Berufsbildner/in**  Herr  Frau Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

**Dauer Lehrzeit** (Tag, Monat, Jahr) von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

## Vorbildung

Berufslehre als \_\_\_\_\_  Berufstätig als \_\_\_\_\_  Anderes: \_\_\_\_\_

\_\_ Jahre Bezirksschule im Kanton \_\_\_\_\_ \_\_ Jahre Sekundarschule im Kanton \_\_\_\_\_

\_\_ Jahre Real-/Oberschule im Kanton \_\_\_\_\_ \_\_ Jahre 10. Schuljahr im Kanton \_\_\_\_\_

\_\_ Jahre Ausland \_\_\_\_\_ \_\_ Jahre Anderes \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Aus- oder Berufsbildner/in \_\_\_\_\_