

Oscar-Tietz-Schule

(Oberstufenzentrum Handel II)

Berufs- und Fachoberschule, Berufsfachschule und Berufsschule
Berlin, Bezirk Marzahn - Hellersdorf

Marzahner Chaussee 231, 12681 Berlin
Tel.: 54987122, Fax: 54987141

E-Mail: info@oscar-tietz-schule.de
Homepage: www.oscar-tietz-schule.de



Anmeldung für die Integrierte Berufsausbildungsvorbereitung (IBA)

Klasse: Anmeldenummer: Klassenlehrer:

Name	Vorname	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
PLZ und Wohnort	Geburtsland	Herkunftssprache
Straße und Hausnummer (ggf. bei)	E-Mail-Adresse	Telefon und Mobil

Schulabschluss <input type="checkbox"/> Mittlerer Schulabschluss (MSA)/ Realschulabschluss <input type="checkbox"/> <i>erweiterte</i> Berufsbildungsreife/ <i>erweiterter</i> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> <i>einfache</i> Berufsbildungsreife/ <i>einfacher</i> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> sonstiger Schulabschluss: <input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss	Wann erreicht
---	----------------------

zuletzt besuchte Schule (Name, Schulart, Stadtbezirk)	<input type="checkbox"/> Ich habe eine Willkommensklasse besucht
--	--

Berufliche Vorbildung <input type="checkbox"/> abgeschlossene Berufsausbildung <input type="checkbox"/> mehrjährige Berufsfachschule oder Fachschule <input type="checkbox"/> Berufsgrundbildungsjahr (BGJ/einjährige Berufsfachschule)	<input type="checkbox"/> berufsqualifizierender Lehrgang (BQL) <input type="checkbox"/> berufsvorbereitender Lehrgang (BvB) <input type="checkbox"/> ohne Abschluss / keine berufliche Vorbildung
---	---

Förderschwerpunkt (festgestellter sonderpädagogischer Förderbedarf, bitte Nachweis mitbringen!)		
<input type="checkbox"/> Blindheit	<input type="checkbox"/> Sprachbehinderung	<input type="checkbox"/> Lernbehinderung
<input type="checkbox"/> Sehbehinderung	<input type="checkbox"/> körperlich und motorische Entwicklung	<input type="checkbox"/> geistige Entwicklung
<input type="checkbox"/> Gehörlosigkeit	<input type="checkbox"/> langfristige und chronische Erkrankung	<input type="checkbox"/> Autismus
<input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/> emotionale und soziale Entwicklung	<input type="checkbox"/> Schwerstbehinderung

Ansprechpartner für den Notfall (**altersunabhängig**)

Name	Vorname	Mutter, Vater, sonstige
PLZ und Wohnort (wenn abweichend)	Straße und Hausnummer	Telefon (von 8.00 - 16.00 Uhr)

E-Mail-Adresse

Informationen an die Schule:	abgegebene Unterlagen: <input type="checkbox"/> Bewerbungsanschreiben <input type="checkbox"/> Anmeldeformular <input type="checkbox"/> Lebenslauf <input type="checkbox"/> Zeugnis letzter Abschluss als Kopie * <input type="checkbox"/> EALS-Anmeldung <input type="checkbox"/> 2 Passbilder (evtl. am 1.Schultag) <input type="checkbox"/> Einverständniserklärung der Eltern <input type="checkbox"/> Aufenthaltsstatus *Original muss vorgelegt werden
-------------------------------------	--

Datum, Unterschrift Bewerber: _____ Erziehungsberechtigter: _____