

Kursbereich	Kurs-Nr.	Erstes Schul- halbjahr	Zweites Schul- halbjahr	↓ 20
-------------	----------	---------------------------	----------------------------	---------

Familienname, Vorname	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Geburtsort
Staatsangehörigkeit	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	
E-Mail	
Gesetzliche Vertreterin / Gesetzlicher Vertreter	
Welche Schule besuchen Sie?	
Klasse	
Welchen Abschluss streben Sie an?	
Stehen Sie zur Zeit in einer Berufsausbildung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja in welcher ?	
Wollen Sie den Kurs im Wahlbereich anrechnen lassen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Angestrebter Beruf?	

↓ Datum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift