

Anmeldung

Berufsausbildung

.....
Lernende

.....
Vorname:

.....
Name:

.....
Geburtsdatum:

.....
Strasse:

.....
Postleitzahl:

.....
Wohnort:

.....
Telefon Privat:

.....
Natel Privat:

.....
Fax Privat:

.....
E-Mail Privat:

.....
Nationalität:

.....
Heimatort:

.....
Muttersprache:

.....
Soz.Vers.Nr.:

Hörschädigung:

- gehörlos
- schwerhörig
- späterschwerhörig

Andere Behinderung:

CI Träger/in

Besuchte Grundschulen (Schule, Zeit von bis, Ort)

Name der zuletzt besuchten Schule:

Klasse:

Name der Lehrperson:

Gesetzliche/r Vertreter/in

Vorname:

Name:

Strasse:

Postleitzahl:

Wohnort:

Telefon Privat:

Natel Privat:

E-Mail Privat:

Telefon Geschäft:

E-Mail Geschäft:

Ausbildung

.....
Beruf
.....

Zutreffendes ankreuzen:

- Lehre
 - Vorlehre
 - Fortbildung
 - IV Anlehre
 - BBT Anlehre
 - Grundbildung mit Attest
-

Ausbildungsbetrieb

.....
Firma:
.....

Strasse:
.....

Postleitzahl:
.....

Ort:
.....

Telefon:
.....

E-Mail:
.....

Vorname Ausbildner/in:
.....

Name Ausbildner/in:
.....

Telefon direkt:
.....

E-Mail direkt:
.....

Natel direkt:
.....

Zuständige IV Berufsberatungsstelle:
.....

Verantwortliche/r Berufsberater/in:
.....

Bemerkungen

.....
.....
.....

.....
.....
Datum

.....
Unterschrift

.....
**Bitte per Post senden an BSFH, Berufsschule für Hörgeschädigte, Schaffhauserstrasse 430, CH-8050
Zürich. Oder per Fax an +41 (0)44 301 40 66.**