

# Anmeldung Berufsausbildung

## Lernende/Lernender

---

Vorname:	<input type="text"/>	Name:	<input type="text"/>
Strasse:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
PLZ:	<input type="text"/>	Wohnort:	<input type="text"/>
Tel. Privat:	<input type="text"/>	Mobil Privat:	<input type="text"/>
E-Mail Privat:	<input type="text"/>	Soz.Vers.Nr.:	<input type="text"/>
Nationalität:	<input type="text"/>	Muttersprache:	<input type="text"/>

## Beeinträchtigung Zutreffendes ankreuzen

- Hörbeeinträchtigung (schwerhörig)
- Hörbeeinträchtigung (gehörlos)  CI-TrägerIn
- Hör- und Sehbeeinträchtigung
- Sprachbeeinträchtigung
- Sprach- und Lernbeeinträchtigung
- Autismus Spektrum Störung
- Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitätsstörung
- Auditive Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörung
- Sehbeeinträchtigung
- Blindheit
- Körperbeeinträchtigung
- Psychische Beeinträchtigung
- Mehrfachbeeinträchtigung
- andere

Bemerkung:

## Besuchte Grundschulen:

Schule, Zeit von bis  
Ort

## Inhaber/in der elterlichen Sorge

---

Vater	Mutter
Vorname: <input type="text"/>	Vorname: <input type="text"/>
Name: <input type="text"/>	Name: <input type="text"/>
	falls unterschiedlich
Strasse: <input type="text"/>	Strasse: <input type="text"/>
PLZ: <input type="text"/>	PLZ: <input type="text"/>
Wohnort: <input type="text"/>	Wohnort: <input type="text"/>
Telefon: <input type="text"/>	Telefon: <input type="text"/>
Mobil: <input type="text"/>	Mobil: <input type="text"/>
E-Mail: <input type="text"/>	E-Mail: <input type="text"/>

## Ausbildung Zutreffendes ankreuzen

---

Beruf:

Grundbildung (Lehre) EFZ

Grundbildung (Lehre) EBA

Vorlehre

IV Anlehre

Praktische Ausbildung nach INSOS (PrA)

Grundbildung mit Attest

## IV Stelle

---

Zuständige IV Berufsberatungsstelle:

Verantwortliche/r Berufsberater/in:

Telefon:

E-Mail:

## Ausbildungsbetrieb

---

Firma:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Telefon:

E-Mail:

Vorname Ausbildner/in:

Name Ausbildner/in:

Telefon direkt:

Mobil direkt:

E-Mail direkt:

Bemerkung:

Datum der Anmeldung:

Bitte per Mail oder Post senden an:

info@bsfh.ch

BSFH, Berufsfachschule für Lernende mit

Hör- und Kommunikationsbehinderung

Schaffhauserstrasse 430

CH-8050 Zürich

oder per Fax an +41 (0)44 301 40 66