

SCHULJAHR: _____

ANMELDUNG FÜR DIE 5-jährige AUSBILDUNG BafEP für **ELEMENTARPÄDAGOGIK****SCHÜLER/SCHÜLERIN:**

FAMILIENNAME: _____ VORNAME(N): _____

GEB-DATUM: _____ GEB-ORT: _____

SOZ-VERS-NUMMER: _____ EMAIL: _____

RELIGION: _____ STAATSBÜRGERSCHAFT: _____

MUTTERSPRACHE: _____ GESCHLECHT: ☐ m ☐ w

DERZEITIGE SCHULE: _____ SCHULTYP: MS / AHS / BHS /

bei MS: Standard AHS in D, E und M

☐ ja☐ nein

SCHULPFLICHT ERFÜLLT IM SCHULJAHR: _____

ERZIEHUNGSBERECHTIGTE:

NAME 1: _____ GEB-DATUM 1: _____

NAME 2: _____ GEB-DATUM 2: _____

PLZ und ORT: _____ TELEFON 1: _____

STRASSE / NR.: _____ TELEFON 2: _____

EMAIL: _____ BERUF 1: _____

BERUF 2: _____

DATUM: _____

UNTERSCHRIFT

Erziehungsberechtigte(r): _____