



## Anmeldung zur Aufnahme am BSZ Delitzsch Schuljahr 2026/2027

**Achtung: Es wird keine eigene Klasse für die Berufsschulpflicht gebildet.**

- ☐ zur Erfüllung der Berufsschulpflicht (für Teilnehmer an einer BvB- Maßnahme der Agentur für Arbeit)
- ☐ zur Erfüllung der Berufsschulpflicht (bis zum Beginn einer Berufsausbildung/Alternativmaßnahme, wie EQ, FSJ, FÖJ BFD, FWD, ...)
- ☐ zur Erfüllung der Berufsschulpflicht (bis zum Beginn der Mutterschutzfrist vor der Geburt bzw. bis zum Beginn der Betreuungszeit meines Kindes)

### 1. Angaben zu meiner Person:

|                    |  |                                                  |  |
|--------------------|--|--------------------------------------------------|--|
| Familienname       |  | Vorname(n)                                       |  |
| Geburtsdatum       |  | Geburtsort                                       |  |
| Geschlecht         |  | Staatsangehörigkeit                              |  |
| Straße, Hausnummer |  | Postleitzahl, Ort<br>(mit Ortsteil)              |  |
| Telefon / Handy    |  | Mailadresse                                      |  |
| Landkreis          |  | Religionszugehörig-<br>keit (freiwillige Angabe) |  |

### 2. Einverständniserklärung der Personensorgeberechtigten

Die Daten von **beiden** Personensorgeberechtigten sind notwendig. Bei alleinigem Sorgerecht die Kopie des amtlichen Nachweises der Bewerbung beifügen.

|                                               | Personensorge-<br>berechtigter 1                            |                                               | Personensorge-<br>berechtigter 2                            |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Name, Vorname                                 |                                                             | Name, Vorname                                 |                                                             |
| Straße, Hausnummer                            |                                                             | Straße, Hausnummer                            |                                                             |
| Postleitzahl, Ort                             |                                                             | Postleitzahl, Ort                             |                                                             |
| Telefon / Handy<br>(für Notfall)              |                                                             | Telefon / Handy<br>(für Notfall)              |                                                             |
| Mailadresse                                   |                                                             | Mailadresse                                   |                                                             |
| Telefon Arbeitsstelle<br>(freiwillige Angabe) |                                                             | Telefon Arbeitsstelle<br>(freiwillige Angabe) |                                                             |
| Sorgerecht                                    | <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein | Sorgerecht                                    | <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein |

**Falls eine Vormundschaft besteht:**

(Bitte Kopie der Übertragungsbescheinigung beifügen!)

|                    |  |                        |  |
|--------------------|--|------------------------|--|
| <b>Vormund</b>     |  |                        |  |
| Name, Vorname      |  | Behörde / Organisation |  |
| Straße, Hausnummer |  | Postleitzahl, Ort      |  |
| Telefon / Handy    |  | Mailadresse            |  |

**3. Sonstiges**

|                                                                                                                                                                                  |                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| festgestellte Erkrankungen / Behinderungen<br><br>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/><br>↓<br>Welche:<br>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Bemerkungen (freiwillige Angabe): |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|

**4. Angaben zu meiner Schulausbildung**

|                                      |                                                                                                 |                        |  |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--|
| Einschulung in die Grundschule (Ort) |                                                                                                 | Jahr der Einschulung   |  |
| Entlassung aus der Schule am         |                                                                                                 | Letzte besuchte Klasse |  |
| Zeugnisart                           | <input type="checkbox"/> Abschlusszeugnis → welcher:<br><input type="checkbox"/> Abgangszeugnis |                        |  |
| Name der Schule                      |                                                                                                 |                        |  |
| Straße, Hausnummer                   |                                                                                                 |                        |  |
| PLZ, Ort                             |                                                                                                 |                        |  |

**5. Unterstützungsangebote:**

☐ Ich bin damit einverstanden, dass das BSZ, den Kontakt zum Berufsberater der Agentur für Arbeit herstellt. Berufsberater beraten mich individuell und/oder unterstützen mich bei der Ausbildungsplatzsuche.

☐ Ich bin nicht damit einverstanden, dass das BSZ, den Kontakt zum Berufsberater der Agentur für Arbeit herstellt.

**Folgende Anlagen sind unbedingt beizufügen:**

- ☐ 2 Originalpassbilder (3,5 cm x 4,5 cm)
- ☐ Zeugniskopie(n) der zuletzt besuchten allgemeinbildenden/berufsbildenden Schule
- ☐ (tabellarischer) Lebenslauf mit Datum und Unterschrift
- ☐ Bewerbungsschreiben
- ☐ die An- und Abmeldebestätigung der zuletzt besuchten Schule im Original
- ☐ vorhandene Bescheinigungen/Belege für meinen Werdegang nach Verlassen der allgemeinbildenden Schule bis zu Zeitpunkt dieser Bewerbung

**Berufsschulpflichtige stellen den Antrag zur Aufnahme am BSZ zur Erfüllung der Berufsschulpflicht, wenn sie das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und nicht in ein BVJ/BGJ aufgenommen worden sind oder in keinem Ausbildungsverhältnis stehen.**

**Die Entscheidung über die Aufnahme trifft der Schulleiter.**

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und bitte um Aufnahme am BSZ.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Bewerberin / Bewerber

Mit meiner Unterschrift gebe ich mein Einverständnis/ geben wir unser Einverständnis zur Aufnahme am BSZ.

.....  
Datum Unterschrift  
Personensorgeberechtigte/r 1

.....  
Datum Unterschrift  
Personensorgeberechtigte/r 2

.....  
Datum Unterschrift  
Vormund