

**Ausbildungsvorbereitung** · Berufsschule · Fachoberschule · Berufsoberschule  
Schwyzer Str. 6/8 · 13349 Berlin · Tel.: 030 453080-0 Fax: 030 453080-77 · www.osz-gesundheit.de

**Vom/n Bewerber/in auszufüllen:**

**Die Anmeldung erfolgt für die Schule**

**OSZ Gesundheit**  **Carl-Legien-Schule**

Name

Vornamen

weiblich  männlich  divers

Geburtsdatum

Geburtsort/Geburtsland

Staatsangehörigkeit

Muttersprache

Straße

PLZ, Ort

Telefonnummer

E-Mail

Gesetzliche Vertretung – Name, Vorname  
Frau Herr

Gesetzliche Vertretung - Anschrift (falls abweichend von oben)

Gesetzliche Vertretung - Telefonnummer

Gesetzliche Vertretung - E-Mail

Name der vorherigen Schule

bisher erreichter Schulabschluss

ohne	Wiko	BBR	eBBR	MSA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ja  Nein Ich habe in der Vergangenheit schon einmal die IBA besucht.

Ja  Nein Ich habe mich an einer weiteren Schule für IBA angemeldet.

Berlin,  
Ort, Datum Unterschrift Bewerber/-in

Berlin,  
Ort, Datum Unterschrift der gesetzlichen Vertretung

**! Nur von der Schule auszufüllen**

**Folgende Unterlagen liegen vor:**

- EALS-Bogen
- Bewerbungsbogen
- Bewerbungsanschreiben
- Lebenslauf
- 2 Passbilder
- Kopie letztes Halbjahres-/ Schulzeugnis einschließlich Sozialverhalten
- Kopie Abschlusszeugnis Wiko/ BBR/ eBBR/ MSA einschließlich Sozialverhalten
- Nachweis über einen Wohnsitz in Berlin/ Kopie vom Ausweis

<b>Härtefall</b> (familiär, sozial, gesundheitlich)	<input type="checkbox"/>
<b>Entscheidung der Schulleitung</b>	
<b>Zusage</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Absage</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Warteliste</b>	<input type="checkbox"/>
Datum	Abteilungsleitung

**HINWEIS nach DSGVO:**  
Die von Ihnen erfassten personenbezogenen Daten dienen der Erfüllung schulbezogener Aufgaben nach § 64 Abs. 1 Berliner Schulgesetz und werden fristgemäß gelöscht. Hinweise über den Umfang finden Sie auf der Website der Schule.