KÄTHE-KOLLWITZ-SCHULE

Berufsfachschule für Altenpflege
Reserveallee 5 * 76646 Bruchsal * http://www.kks-bruchsal.de/
Telefon 0 72 51 / 7 81 – 0 * Fax 0 72 51 / 7 81 - 1 21

Aufnahmeantrag Altenpflege in Teilzeit (4 Jahre)

Schuljahr: .....

Name:	Vorname	Religion:	Staatsangeh.	Geburtstag:
E-Mail:	Telefon:	Geburtsort:		
Straße, Hausnummer:	PLZ:	Wohnort:		

Bisher erreichter schulischer Abschluss:

- Mittl. Bildungsabschluss: Schule/Ort: _____

  Datum: _____

- Sonstige schulische Vorbildung:

  _____

Berufliche Vorbildung:

_____

- sonstige berufliche Beschäftigung: _____

  Dauer: _____

Arbeitgeber (Pflegeeinrichtung) während der Teilzeitausbildung:

_____

Haben Sie sich bereits bei einer anderen Schule beworben? □ ja □ nein

Bitte alle erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Lebenslauf etc.) dem Antrag beifügen.

Datum: _____ _____

Unterschrift