

Bewerbungsformular

Hiermit bewerbe ich mich um einen Ausbildungsplatz/ Lehrgangsbeginn

Personaldaten:

Name: **Vorname:**

Geb.-Datum: **Geb.-Ort:**

Staatsangehörigkeit: **Konfession:**

Straße:

PLZ: **Ort:**

Telefon:-..... **Fax:**-.....

Email

Erziehungsberechtigter: (nur bei Minderjährigen)

Name: **Vorname:**

Straße:

PLZ: **Ort:**

Telefon: -

Schulbildung: Abitur/Fachhochschulreife/Fachoberschulreife*

Schultyp: Gymnasium/Realschule/Gesamtschule/Hauptschule*

Ausbildung zur PKA/Apothekenhelferin absolviert : Ja/nein*

*Unzutreffendes streichen

..... ,

.....
Unterschrift (bei Minderjährigen Erziehungsberechtigter)

Bitte dieses Formular ausgefüllt und unterschrieben einsenden an:

Walter-Bremer-Institut, Burgstr. 65 im FLBK, 42655 Solingen, Tel. 0212-2331300, Fax 0212-2331301,

www.wbi-solingen.de, email: info@wbi-solingen.de