

## Anmeldung für die Berufsmaturität 1 (lehrbegleitend)

**Für Schulabgänger bis Schuljahr 2017/2018**

### Personalien

Frau       Herr

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Wohnort seit: \_\_\_\_\_ Tel. Privat: \_\_\_\_\_

Natel: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Muttersprache: \_\_\_\_\_

Heimatort/Kanton: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_

AHV-Nummer: \_\_\_\_\_

Vorbildung (bitte Zeugniskopien der Abschlussklasse der obligatorischen Schule beilegen): \_\_\_\_\_

### Lehrbetrieb

Name Betrieb: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel. Nr: \_\_\_\_\_

Verantwortliche/r Berufsbildner/in: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Tel.(direkt): \_\_\_\_\_

Bitte das ausgefüllte Formular und die **Kopien der Zeugnisse der Abschlussklasse der obligatorischen Schulzeit bis am 1. August 2019** an folgende Adresse senden:  
 Berufsfachschule Gesundheit Baselland, Zioerjen Jana, Emil Frey-Strasse 100, 4142 Münchenstein

Sie erhalten ein persönliches Aufgebot zur Aufnahmeprüfung oder einen schriftlichen Entscheid der Schulleitung, wenn Sie die Kriterien für eine prüfungsfreie Aufnahme erfüllen. Die Aufnahmeprüfung kann nur einmal pro Kalenderjahr absolviert werden.

**Aufnahmeprüfung: Donnerstag, 8. August 2019**

**Schulbeginn: Woche 33/2019**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Lernender: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Elternteil: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: Betrieb \_\_\_\_\_

Prüfung  
 (wird durch die Schulleitung ausgefüllt)

prüfungsfrei