## Anmeldeformular 2023/24

aktuelles

Passfoto

## **Berufsfindungsjahr**

Für Schüler/innen mit überdauernden Lernzielanpassungen in mehreren Fächern

(In den nachfolgenden Teilen bitte weisse Kästchen ausfüllen)

**A) Personalien**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name****Schüler/Schülerin** |       | **Geburtsdatum**      | **ID (offen lassen)** |
| **Vorname** |       | [ ]  **männlich**[ ]  **weiblich** | **Muttersprache**      |
| **Strasse / Nummer** |       | **eMail**      |
| **PLZ / Ort** |       | **Telefon** |       |
| **Natel** |       |
| **Heimatgemeinde** |       | **AHV-Nummer**      |
| **Nationalität** |       | **Niederlassungsbewilligung**      |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Erziehungsberechtigte** | **Name,****Vorname** |       |       |
| **Geschlecht** | [ ]  **männlich**[ ]  **weiblich** | [ ]  **männlich**[ ]  **weiblich** |
| **Strasse** |       |       |
| **PLZ / Ort** |       |       |
| **Telefon** |       |       |
| **eMail** |       |       |

**B) Besuchte Schulen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Anz. Jahre** | **von - bis** | **Schulart** | **Ort / Orte** |
|       |       | **Primarschule** |       |
|       |       | Realschule |       |
|       |       | **Sekundarschule** |       |
|       |       | **Andere (Werkschule, I-B-A, Time-out...)** **oder Privatschule Name:** |       |
|       | **2022/23** | **Aktuelle Schule:**       |       |

**C) Aktuelle Klassenlehrperson Schulische Heilpädagogin**

 **Schulischer Heilpädagoge**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |       | Name |       |
| **Vorname** |       | **Vorname** |       |
| **Telefon privat** |       | **Telefon privat** |       |
| **Telefon Schule** |       | **Telefon Schule** |       |
| **e-mail** |       | **e-mail** |       |

**D) Bestätigungen und Unterschriften** (Zutreffendes ankreuzen)

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Ich bin damit einverstanden, dass bei den aufgeführten Lehrpersonen und bei der Schulleitung der gemeindlichen Oberstufe **Referenzen** eingeholt werden können. |
| [ ]  | Ich und meine Eltern/Erziehungsberechtigten erklären sich bereit, mit der **IV zusammen zu arbeiten**. |
| [ ]  | Ich und meine Eltern/Erziehungsberechtigten sind damit **einverstanden**, dass bei Bedarf **Informationen** zwischen der **Berufsberatung**, dem **Schulpsychologischen Dienst**, der **IV** und der **ausführenden Schule** des Berufsfindungsjahres **ausgetauscht** werden können. |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Kopien aller **Oberstufen-Zeugnisse** sowie **Schulberichte** liegen bei. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ort und Datum** | **Unterschrift der Bewerberin/des Bewerbers** |
|       |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ort und Datum** | **Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigte** |
|       |  |

Senden an: Amt für Brückenangebote, Postfach, 6301 Zug

**E) Bestätigung Finanzierung**

Hinweis: Die Anzahl Plätze sind auf fünf beschränkt.

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | **Kanton Zug, Amt für Brückenangebote** |
| Ort / Datum | Stempel / Unterschrift |