## 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 |