

## Anmeldung zur Berufsschule – Zusatzformular „Attestierte Einschränkungen“

### Ausbildungsberuf:

- |  |                          |                                      |                          |
|--|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| Bankkaufmann/-frau *                     | <input type="checkbox"/> | Kaufmann/-frau im Einzelhandel *     | <input type="checkbox"/> |
| Industriekaufmann/-frau *                | <input type="checkbox"/> | Verkäufer/-in im Einzelhandel        | <input type="checkbox"/> |
| Kaufmann/-frau für Büromanagement *      | <input type="checkbox"/> | Fachpraktiker im Verkauf             | <input type="checkbox"/> |
| Kaufmann/-frau im Groß- u. Außenhandel * | <input type="checkbox"/> | Medizinische/r Fachangestellte/r     | <input type="checkbox"/> |
| Steuerfachangestellte/r                  | <input type="checkbox"/> | Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r | <input type="checkbox"/> |
| Verwaltungsfachangestellte/r             | <input type="checkbox"/> |                                      |                          |

### Persönliche Daten: (zur Identifikation)

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

geb. am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Derzeitiger Schulbesuch bzw. zuletzt besuchte Schule:

\_\_\_\_\_

(Name und Ort der Schule, Klassenbez.)

Soweit **attestierte gesundheitsbedingte Einschränkungen** vorliegen, möchten wir Sorge tragen, dass durch diese Einschränkungen bedingte eventuelle Nachteile ausgeglichen werden.

Beantworten Sie deshalb bitte die folgenden fünf Fragen :

1. Sind Sie auf die Benutzung unseres Fahrstuhls angewiesen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
2. Benötigen Sie spezielle räumliche Ausstattungen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (dann hier bitte angeben)
3. Benötigen Sie eine Begleitperson?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
4. Benötigen Sie einen Nachteilsausgleich?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (dann hier bitte kurz begründen; ggf. Anlagen)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der Bewerberin/des Bewerbers

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
 und ggf. des weiteren Sorgeberechtigten

**>>> Rückgabe dieses Zusatzformulars bitte an das Sekretariat der HLA Hameln <<<**