

**Oberstufenzentrum
für Informations- u. Medizintechnik**

Haarlemer Straße 23 – 27, 12359 Berlin
Telefon 2250 27 800/804
Fax 2250 27 809
E-Mail: romanos@oszimt.de



Anmeldung am OSZ IMT

für die Ausbildung zum/zur
(bitte ankreuzen)

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Augenoptiker/in | <input type="checkbox"/> Techn. Produktdesinger/in | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Feinoptiker/in | - der Fachrichtung : Maschinen- + Anlagenkonstruktion | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Goldschmied/in | - der Fachrichtung : Produktgestaltung + -konstruktion | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Orthopädietechnik-Mechaniker/in | <input type="checkbox"/> Techn. Systemplaner/in | <input type="checkbox"/> |
| | - der Fachrichtung: Stahl- u. Metallbautechnik | <input type="checkbox"/> |
| | - der Fachrichtung: Elektrotechnische Systeme | <input type="checkbox"/> |

**Ich habe mit dem nachfolgend genannten Betrieb einen Berufsausbildungsvertrag abgeschlossen.
Ich melde mich an für die Berufsschule für das Schuljahr: 2013/14**

Angaben zur Person

Familienname:	Vorname:	
geboren am:	Geburtsort:	
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		
Staatsangehörigkeit:	Muttersprache:	
Straße:	PLZ:	Ort:
bei:	<small>(nur bei abweichendem Familiennamen ausfüllen)</small>	E-Mail:
Telefon:	Handy:	Fax:
bei Minderjährigkeit auszufüllen:		
Name der Mutter:	Name des Vaters:	
Erziehungsberechtigter:	<small>(falls nicht Vater und/oder Mutter)</small>	
Betrieb:	<small>(Name)</small>	
.....	<small>(Name)</small>	
.....	<small>(Anschritt)</small>	
Telefon:	Fax:	E-Mail:
Ansprechpartner/Ausbilder:	Ausbildung von:	bis:

Angaben zur schulischen Vorbildung

Zuletzt besuchte Schule:	Bundesland:
Schulabschluss:	Entlassungsjahr:
Berlin,	
Am 1. Unterrichtstag sind abzugeben:	
1. Zwei Lichtbilder neueren Datums	
2. Kopie des Ausbildungsvertrages	
3. Kopie des letzten Schulzeugnisses	