

BEWERBUNGSFORMULAR

Datum:

NAME	_____	
Staatszugehörigkeit:	_____ Tel.: _____	
Adresse:	_____	
<input type="checkbox"/> Rechtshänder	<input type="checkbox"/> Linkshänder	<input type="checkbox"/> Brillenträger

LEHRBERUF	_____
------------------	-------

GESETZLICHE VERTRETER	
Vater: _____	Mutter: _____
Adresse: _____	Adresse: _____
Tel.: _____	Tel.: _____
Vormund: _____	

SCHULBILDUNG (anrechenbare Schulzeiten)	
_____ Klassen Volksschule	von _____ bis _____
_____ Klassen Hauptschule	von _____ bis _____
_____ Polytechn. Schule	von _____ bis _____
_____ Klassen _____	von _____ bis _____

BERUFSPRAKTISCHE TAGE/WOCHE	
Firma _____	als _____ von - bis _____
Firma _____	als _____ von - bis _____