

Anmeldung zur Wiederholungsprüfung

(auch Anmeldung zur Vervollständigung einer wg. Krankheit nicht abgeschlossenen Prüfung)

Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion
Zuständige Stelle für Berufsbildung
Referat 12
Postfach 100104
67401 Neustadt an der Weinstraße

Anmeldung für die <input type="checkbox"/> Sommer- <input type="checkbox"/> Winterprüfung im Jahr _____ Ich bitte mich von folgenden Prüfungsfächern bzw. Prüfungsteilen zu befreien:

Angaben zum Prüfling und zum Ausbildungsverhältnis

Ausbildungsberuf: Hauswirtschafter/in

Schwerpunkt: personenbetreuende Dienstleistungen
 serviceorientierte Dienstleistungen

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

private Anschrift: _____

Emailadresse: _____

Ausbildungsstätte: _____

Ein Nachteilsausgleich wird beantragt und ein fachärztliches Attest wird beigelegt.

Ich bin mit der Anmeldung zur Wiederholungsprüfung einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Auszubildenden bzw.
Umschülerin/Umschülers

Die Richtigkeit aller Angaben dieser Prüfungsanmeldung wird bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Auszubildenden