**Anmeldung zur Wiederholungsprüfung**

(auch Anmeldung zur Vervollständigung einer wg. Krankheit nicht

 abgeschlossenen Prüfung)

Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion

Zuständige Stelle für Berufsbildung

Willy-Brandt-Platz 3

54290 Trier **per E-Mail an: Berufsbildung@add.rlp.de**

|  |
| --- |
| **Anmeldung für die**  [ ] Sommer- [ ] Winterprüfung im Jahr       |
| Ich bitte mich von folgenden Prüfungsfächern bzw. Prüfungsteilen zu befreien: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
| **Angaben zum Prüfling und zum Ausbildungsverhältnis** |
| Ausbildungsberuf: |       |
| Fachrichtung/ Schwerpunkt:  |       |
| Name, Vorname: |       |
| Geb.-Datum:  |       |
| private Anschrift:  |       |
|       |
| Emailadresse: |       |
| Ausbildungsstätte: |       |
|  |       |
| Berufsschule: |       |

[ ]  Ein Nachteilsausgleich wird beantragt und ein fachärztliches Attest wird beigefügt.

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 Ausbildenden |