**Antrag auf Zulassung zur Abschlussprüfung**

gem. § 43 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz (BBiG)

Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion

Zuständige Stelle für Berufsbildung

Willy-Brandt-Platz 3

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Angaben zum Prüfling und zum Ausbildungsverhältnis** | |
| Ausbildungsberuf: |  |
| Fachrichtung/ Schwerpunkt: |  |
| Name, Vorname: |  |
| Geb.-Datum: |  |
| private Anschrift: |  |
|  |
| Emailadresse: |  |
| Ausbildungsstätte: |  |
|  |  |
| Berufsschule: |  |
| Anzahl Fehltage1: |  |
| Die Ausbildungsinhalte wurden entsprechend des Ausbildungsrahmenplans vermittelt:  ja  nein (Begründung bitte beifügen) | |

Ist der Ausbildungsnachweis ordnungsgemäß geführt und von dem Ausbildenden und der/dem Auszubildenden unterzeichnet?

ja  nein (Begründung bitte beifügen)

Ein Nachteilsausgleich wird beantragt. Ein fachärztliches Attest wird beigefügt.

Ich bin mit der Anmeldung zur Abschlussprüfung einverstanden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift der/des Auszubildenden bzw. Umschülerin/Umschülers |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten |

Die Richtigkeit aller Angaben dieser Prüfungsanmeldung wird bestätigt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift der/des Ausbildenden |