

Ausbildungsbetrieb:

Bremen/Bremerhaven,

An

Senatorin für Finanzen  
zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz  
33-4  
Doventorscontrescarpe 172, Block C  
28015 Bremen

## Anmeldung zur Abschlussprüfung

**Ausbildungsberuf**

**Auszubildender (Name, Vorname)**

**Geburtstag**

**Geburtsort**

**Straße**

**PLZ, Ort**

**Ausbildungszeit**

**von**

**bis**

**Ausbildungsstätte**

(zutreffendes bitte ankreuzen)

Erstmalige Teilnahme  
an der Abschlussprüfung

1. Wiederholungsprüfung

2. Wiederholungsprüfung

Hat der Auszubildende an der  
Zwischenprüfung teilgenommen?

**JA**  
 **NEIN**

Hat der Auszubildende das  
vorgeschriebene Berichtsheft  
geführt?

**JA**  
 **NEIN**

Hat der Auszubildende  
Fehlzeiten von mehr als 10% der  
gesamten Ausbildungszeit?<sup>1</sup>

**JA<sup>2</sup>**  
 **NEIN**

Wird eine vorzeitige Zulassung  
zur Abschlussprüfung gem. § 45  
Abs. 1 Berufsbildungsgesetz  
beantragt?

**JA<sup>2</sup>**  
 **NEIN**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der  
Ausbildungsstätte

<sup>1</sup> Als Fehlzeiten sind Krankheitszeiten, Erziehungsurlaub und sonstige Verhinderungen zu berücksichtigen. Erholungsurlaub, Berufsschulunterricht und Teilnahme an überbetrieblichen Ausbildungsmaßnahmen gelten nicht als Fehlzeiten.

<sup>2</sup> Wenn ja, dann bitte Angaben auf der Rückseite machen und eine Kopie des letzten Berufsschulzeugnisses beifügen.

## **Stellungnahme des Ausbildenden (Ausbildungsbetrieb)**

Die Leistungen des/ der Auszubildenden  
rechtfertigen eine Zulassung zur  
Abschlussprüfung

**JA**  
 **NEIN**

Begründung:

---

Unterschrift

## **Stellungnahme der Berufsschule**

Die Leistungen des/ der Auszubildenden  
rechtfertigen eine Zulassung zur  
Abschlussprüfung

**JA**  
 **NEIN**

Begründung:

---

Unterschrift

Anlage: Kopie des letzten Berufsschulzeugnisses