

Ausbildungsbetrieb:

Bremen/Bremerhaven,

An

Senator für Finanzen
zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz
Am Tabakquartier 56
28197 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?¹

☐ **JA²**
☐ **NEIN**

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

☐ **JA²**
☐ **NEIN**

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der
Ausbildungsstätte

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

² 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