|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ministerium für Bildung und Kultur, Postfach 10 24 52, 66024 Saarbrücken | **Abteilung C** | **Allgemein bildende Schulen, berufliche Schulen** |
| Ministerium für Bildung und Kultur  Referat C 5  z.Hd. Herrn Daniel Saar  Triererstraße 33  66111 Saarbrücken | **Referat:** | C5 – Berufliche Schulen |
| **Bearbeitung:** | Daniel Saar |
| **Tel.:** | +(49)681 501-6642 |
| **Fax:** | +(49)681 501-7530 |
| **E-Mail:** | d.saar@bildung.saarland.de |
| **Aktenzeichen:** | C5 – 1.1.3.6. |
| **Datum:** | 6. Oktober 2023 |

Meldebogen zur praxisintegrierten-dualisierten Ausbildung zur/zum staatlich anerkannten Erzieher/in (Schuljahr 2024/2025)

Die untenstehenden Daten werden durch das Ministerium für Bildung und Kultur ausschließlich zur Organisation der praxisintegrierten-dualisierten Ausbildung zur/zum staatlich anerkannten Erzieher/in verwendet.

|  |  |
| --- | --- |
| **Personenbezogene Daten** | |
| Vorname der/des Auszubildenden  (in Druckbuchstaben) | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Nachname der/des Auszubildenden  (in Druckbuchstaben) | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefonnummer der/des Auszubildenden | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| E-Mailadresse der/des Auszubildenden  (in Druckbuchstaben) | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Wohnort der/des Auszubildenden  (in Druckbuchstaben) | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Datum des Beginns des Ausbildungs-verhältnisses gemäß Arbeitsvertrag | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Träger- und einrichtungsbezogene Daten** | |
| Name des Trägers  (in Druckbuchstaben) | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Name der Einrichtung  (in Druckbuchstaben) | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Ansprechpartner des Trägers  (in Druckbuchstaben) | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefonnummer des Trägers  (in Druckbuchstaben) | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| E-Mailadresse des Trägers  (in Druckbuchstaben) | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Praxisanleitung (PA) oder alternativ Leitung der Einrichtung (in Druckbuchstaben) | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefonnummer der PA oder Einrichtungsleitung (in Druckbuchstaben) | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| E-Mailadresse der PA oder Einrichtungsleitung (in Druckbuchstaben) | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Anerkennung als Praxisstelle | liegt vor |

|  |  |
| --- | --- |
| **Daten zur Klassenbildung** | |
| Wahl der berufsbezogenen Fremdsprache | Englisch  Französisch |
| Zugesagter Standort des Schulplatzes des Trägers für die Einrichtung (vom Träger auszufüllen) | Wählen Sie ein Element aus. |
| Annahme des Schulplatzes des Trägers | Ja  Nein |
| Wunsch eines anderen Schulstandortes, als der dem Träger zugewiesenen Standort | S BBZ Saarbrücken  TGS BBZ Saarlouis  BBZ St. Wendel |
| Ich gehöre der Priorisierungsgruppe (PG) an: | PG 1 \*1  PG 2 \*2  PG 3 \*3  Keine Priorisierung |
| \*1: eigene Behinderung (Nachweis erforderlich)  \*2: Pflege eines Angehörigen; alleinerziehende Erziehungssituation (Nachweis auf Nachfrage erforderlich)  \*3: auf ÖPNV angewiesen, kein Führerschein oder kein Fahrzeug zur Nutzung vorhanden (Nachweis auf Nachfrage erforderlich) | |
| Das Ministerium für Bildung und Kultur bildet die Klassen für die PiA zentral, gemäß der dem Träger zugewiesenen Standorte und der obengenannten Priorisierungsgruppen.  Ich erkläre mich explizit damit einverstanden, dass jeder der drei Schulstandorte für meine Beschulung infrage kommt.  Insofern ich mich für die Regelausbildung an einer Fachschule angemeldet habe, melde ich mich von diesem Schulplatz ab. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Unterschrift der/des Auszubildenden |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Ort Unterschrift des Trägers oder der Einrichtung

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Ort Unterschrift des/der Auszubildenden