

Bewerbungsformular

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Küchenangestellte/r EBA | <input type="checkbox"/> Koch/Köchin EFZ |
| <input type="checkbox"/> Malerpraktiker/in EBA | <input type="checkbox"/> Maler/in EFZ |
| <input type="checkbox"/> Büroassistent/in EBA | <input type="checkbox"/> Kauffrau/mann EFZ <input type="checkbox"/> B-Profil <input type="checkbox"/> E-Profil |
| <input type="checkbox"/> Hauswirtschaftspraktiker/in EBA | <input type="checkbox"/> Informatik (ICT, Systemtechnik, Applikationsentwicklung) |
| <input type="checkbox"/> Schreinerpraktiker/in EBA | <input type="checkbox"/> Schreiner/in EFZ |

Bewerber/in

| | |
|--|---|
| Name | Geburtsdatum |
| Vorname | Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich |
| Strasse | Nationalität |
| PLZ/Ort | Aufenthaltsbewilligung/Ausweis B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| Telefon P | Heimatort |
| Natel | In der Schweiz seit |
| E-Mail (falls vorhanden) | Heimatland d. Eltern |
| <input type="checkbox"/> Eigene Kinder | Geburtsdatum |
| Muttersprache <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Italienisch <input type="checkbox"/> Englisch <input type="checkbox"/> Andere: | |
| Sprachkenntnisse <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Italienisch <input type="checkbox"/> Englisch <input type="checkbox"/> Andere: | |
| AHV-Nr. (Alters- und Hinterbliebenen Versicherung): | |
| Bankverbindung: Name Bank: | Ort: IBAN-Nr.: |
| Erreichter Schulabschluss: | Niveau: |

Gesetzliche Vertretung

Vater Mutter Vormund Andere:

| | | |
|---------------|-----------|-----|
| Vorname, Name | Strasse | Ort |
| Telefon | Natel | |
| Beruf | Tätig als | |

Geschwister

| | | |
|--------------|----------|-----------|
| Name/Vorname | Jahrgang | Tätigkeit |
| | | |
| | | |

Folgende Inhalte und Angaben sind für Ihre Bewerbung erforderlich

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Motivationsschreiben | <input type="checkbox"/> Lebenslauf mit Foto |
| <input type="checkbox"/> Zeugnisse der letzten 2 Jahre | <input type="checkbox"/> Arbeitszeugnisse & Bewertungen |
| <input type="checkbox"/> Begründungen für vorzeitige Schul- oder Lehrabbrüche | <input type="checkbox"/> Aktivitäten in Vereinen |
| <input type="checkbox"/> Checks (Multicheck, Basischeck, S2 Check – wenn vorhanden) | <input type="checkbox"/> Kopie von ID oder Ausweis |

Referenzpersonen

Letzte Lehrperson

| | | |
|---------|---------|--------|
| Name | Vorname | E-Mail |
| Telefon | Natel | Schule |

Weitere Referenzperson

| | | |
|---------|---------|--------|
| Name | Vorname | E-Mail |
| Telefon | Natel | Firma |

In welchem Verhältnis steht die Referenzperson zu Ihnen? (Chef/in der Schnupperlehre, Trainer/in, Berater/in etc.)

Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie dem Lehrverbund die Erlaubnis, im Bedarfsfall bei den genannten Personen Auskünfte einzuholen.

Gemeinsam Ihre Kontakte nutzen!

Kennen Sie Inhaber einer Firma, in der Sie eine Ausbildung machen könnten, die jedoch auf Grund von Grösse oder fehlender Genehmigung nicht ausbilden?

Ja

| | | |
|---------|-----------------|---------|
| Firma | Ansprechpartner | Adresse |
| Telefon | Mail | |

Overall darf die Firma kontaktieren, um zu prüfen, ob hier die Möglichkeit besteht, einen Lehrplatz für mich zu schaffen

Nein

bei der Vermittlung bin ich auf die Partnerbetriebe von Overall angewiesen.

Berücksichtigung besonderer Situationen

Wir erheben diese Informationen, um bei der Berufslehre auf den Gesundheitszustand oder auf eine spezielle Situation Rücksicht nehmen zu können. Im Lehrverbund haben Sie durch die Angaben keine Nachteile.

Persönlicher Hintergrund:

Heim- / Internatsaufenthalte

Name d. Einrichtung:

psychologische, therapeutische Unterstützung

Gesundheitliche Probleme:

Legasthenie Dyskalkulie ADHS

Rückenprobleme Allergien

Anderes:

Sind sie angemeldet bei:

Invalidenversicherung

Herr/Frau

Sozialhilfe

Herr/Frau

GAP:

Herr/Frau

Andere soziale Einrichtung:

Herr/Frau

Wie haben Sie vom Overall Lehrverbund erfahren?

www.Lenabb.ch

Lehrer / Lehrerin

Sonstiges

Yousty.ch

Homepage Partnerbetrieb vom Lehrverbund

Freunde / Bekannte

Ort, Datum

Unterschrift