



**ANTRAG AUF EINTRAGUNG**  
in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse

(Bitte vollständig ausfüllen)

Ausbildungsberuf: .....

Fachrichtung: .....

Auszubildende/r: .....  
(Name, Vorname)

Geschlecht:  w  m  d

Geboren am/ in: .....  
(tt.mm.jjjj) (Geburtsort)

Staatsangehörigkeit: .....

Behinderung (mind. 50%):  ja  nein

Anschrift: .....  
(Straße, Hausnr.) (PLZ, Ort)

Bundesland: .....

Höchster allgemeinbildender Schulabschluss:

- ohne Hauptschulabschluss  Hochschul-/ Fachhochschulreife  
 Hauptschulabschluss  im Ausland erworbener Abschluss, nicht zuzuordnen  
 Realschul- oder vergleichbarer Abschluss

Vorausgegangene Teilnahme an berufsvorbereitender Qualifizierung oder beruflicher Grundbildung:

- nein  schulisches Berufsvorbereitungsjahr (BVJ)  
 betriebliche Qualifizierungsmaßnahme  schulisches Berufsgrundbildungsjahr (BGJ)  
 Berufsvorbereitungsmaßnahme  Berufsfachschule ohne vollqualifizierenden  
Berufsabschluss

Berufliche Vorbildung:

- ohne berufliche Vorbildung  Berufsausbildung mit Ausbildungsvertrag, nicht  
erfolgreich beendet  
 Berufsausbildung mit Ausbildungsvertrag,  
erfolgreich beendet  rein schulisch (vollqualifizierender Berufsabschluss),  
erfolgreich beendet

Nur auszufüllen, wenn der Auszubildende bei Ausbildungsbeginn noch minderjährig ist:

Gesetzliche Vertreter: .....  
(Name, Vorname)

Anschrift: .....  
(Straße, Hausnr.) (PLZ, Ort)

Ausbildungszeit: ..... bis .....  
(tt.mm.jjjj) (tt.mm.jjjj)

Datum des Beginns der  
Berufsausbildung: .....  
(tt.mm.jjjj)

Probezeit: ..... bis .....  
(tt.mm.jjjj) (tt.mm.jjjj)

Datum des Abschlusses  
des  
Ausbildungsvertrages: .....  
(tt.mm.jjjj)

Berufsschulort: .....

Duales Studium:  ja  nein

Teilzeitberufsausbildung i.S.d. § 7a BBiG:

Verkürzung der täglichen oder der wöchentlichen Ausbildungszeit:

ja  nein

Ausbildungsvergütung monatlich:

1. Ausbildungsjahr:

2. Ausbildungsjahr:

3. Ausbildungsjahr:

4. Ausbildungsjahr:

Ausbildender: .....

Anschrift des Ausbildenden:

(Straße, Hausnr.)

(PLZ, Ort)

Anschrift der  
Ausbildungsstätte:

(Straße, Hausnr.)

(PLZ, Ort)

Bundesland der  
Ausbildungsstätte:

Betriebsnummer der  
Ausbildungsstätte nach §81i  
Abs.1, §18k des SGB IV:

Wir bestätigen, dass die  
Ausbildung in der genannten  
Ausbildungsstätte i.S.d. § 27  
BBiG stattfindet:

(Unterschrift des Ausbildenden)

Ausbilder:

(Name, Vorname)

(Name, Vorname)

Öffentliche Förderung:

keine Förderung (überwiegend  
betriebliche Finanzierung)

Förderung nach SGB III (Ausbildung für Menschen  
mit Behinderung – Reha)

Sonderprogramm des Bundes/Landes

*Nur bei Ausbildungsstätte in Brandenburg:*

Förderung nach SGB III  
(außerbetriebliche Ausbildung für  
sozial Benachteiligte bzw.  
Lernbeeinträchtigte)

Betriebsnahe Förderung

*Anlagen: Berufsausbildungsvertrag, Ausbildungsplan, bei Jugendlichen ärztliche Bescheinigung*

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift und Siegel des Ausbildenden)