

## Anmeldung an das Case Management Berufsbildung (Minderjährige)

### 1. Personalien des/der Jugendlichen

Name:	E-Mail:
Vorname:	Tel. Mobil:
Geburtsdatum:	Tel. Festnetz:
Strasse, Nr.:	
PLZ / Wohnort:	
Nationalität:	
gegebenenfalls	
Ausländerausweis:	In der Schweiz seit:

### 2. Personalien des/der Erziehungsberechtigten

Name:	E-Mail:
Vorname:	Tel. Mobil:
Geburtsdatum:	Tel. Festnetz:
Strasse, Nr.:	
PLZ / Wohnort:	
Nationalität:	
gegebenenfalls	
Ausländerausweis:	In der Schweiz seit:

### 3. Aktuelle Situation

Ich besuche noch die obligatorische Schule:

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Klasse Sek B | <input type="checkbox"/> 2. Klasse Sek B | <input type="checkbox"/> 3. Klasse Sek B | <input type="checkbox"/> Individuelle Förderziele          |
| <input type="checkbox"/> 1. Klasse Sek E | <input type="checkbox"/> 2. Klasse Sek E | <input type="checkbox"/> 3. Klasse Sek E | <input type="checkbox"/> Integrative schulische Massnahmen |

Anderes Schulniveau, nämlich: \_\_\_\_\_ welche Klasse: \_\_\_\_\_

**Schulhaus:** \_\_\_\_\_ **Klassenlehrer/in:** \_\_\_\_\_

**Ich habe die obligatorische Schule abgeschlossen und befinde mich in einer andern Situation:**

- Ich habe die berufliche Grundbildung abgebrochen, **wann:** \_\_\_\_\_ **Beruf:** \_\_\_\_\_
- Ich absolviere zur Zeit eine berufliche Grundbildung, **seit wann:** \_\_\_\_\_ **Beruf:** \_\_\_\_\_
- Ich absolviere zur Zeit ein Brückenangebot, **nämlich:** \_\_\_\_\_
- Ich bin zur Zeit arbeitslos, **seit wann:** \_\_\_\_\_
- Ich befinde mich in einer andern Situation, **nämlich:** \_\_\_\_\_

**4. Erwartungen an das Case Management Berufsbildung (in Stichworten)**

**5. Einwilligungserklärung des/der Jugendlichen und der erziehungsberechtigten Person:**

*dass die Angaben auf dem Anmeldeformular in der elektronischen Datenbank (BEB2k) der Fachstelle Case Management Berufsbildung vom Case Manager/von der Case Managerin erfasst und bearbeitet werden. Anders ausgedrückt heisst dies: der Case Manager / die Case Managerin eröffnet ein Dossier.*

**6. Unterschriften**

Ort und Datum:

Unterschrift der/des Jugendlichen:

---

Ort und Datum:

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten:

---

Senden Sie dieses Formular bitte an:

Amt für Berufsbildung, Mittel- und Hochschulen, Fachstelle Case Management Berufsbildung,  
Bielstrasse 102, 4502 Solothurn