



Berufskolleg Bergisch Gladbach

Schuleintrittsdatum:	
Klasse:	
Ausbildungsberuf:	(Kopie des Ausbildungsvertrages ist beizufügen)

Ausbildungsbetrieb mit Ansprechpartner

Firmenname:	
Straße:	
PLZ / Firmenort:	
Ansprechpartner:	
Telefon (mit Vorwahl):	
Fax (mit Vorwahl):	
E-Mail:	
Ausbildungsbeginn:	

Die/der Schülerin/-er hat aufgrund seiner persönlichen Situation Beratungsbedarf zum Thema Inklusion. ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

(Firmenstempel und Unterschrift(en))