

**Über die zuständige Berufsschule**

**an**

Staatliches Schulamt für den  
Landkreis und die Stadt Kassel  
Wilhelmshöher Allee 64-66  
34119 Kassel

**Antrag auf Gestattung des Besuches einer anderen als der zuständigen  
Berufsschule innerhalb Hessens**

**1. Angaben zur/zum Auszubildenden**

(bitte füllen Sie den Antrag vollständig aus)

Anrede: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

volljährig zum Zeitpunkt der Antragstellung?    ja    nein

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Ausbildungsberuf:**  
(Angabe Fachrichtung / Schwerpunkt) \_\_\_\_\_

Ausbildungsbeginn: \_\_\_\_\_

Zeitpunkt, ab dem die gewünschte Schule besucht werden soll (Monat/Jahr): \_\_\_\_\_

Ausbildungsjahr, ab dem die Gestattung gelten soll:     1     2     3     4

Voraussichtliche Ausbildungsdauer: \_\_\_\_\_

**2. Personensorgeberechtigte/r** (nur bei minderjährigen Auszubildenden auszufüllen)

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**3. Ausbildungsbetrieb**

Name des Betriebes: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Der Ausbildungsbetrieb ist mit dem Schulwechsel einverstanden:    ja        nein

**4. Zuständige Berufsschule**

Name der Schule: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Die Beschulung findet wie folgt statt:    Unterricht in Teilzeitform    Unterricht in Blockform

Unterrichtsbeginn: \_\_\_\_\_

Unterrichtsende: \_\_\_\_\_

### 5. Berufsschule, für deren Besuch der Antrag gestellt wird

Name der Schule: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Die Beschulung findet wie folgt statt:    Unterricht in Teilzeitform    Unterricht in Blockform

Unterrichtsbeginn: \_\_\_\_\_

Unterrichtsende: \_\_\_\_\_

### 6. Antragsbegründung

(Gründe nach § 4 VOGSV, z.B. Verkehrsverhältnisse und Erreichbarkeit der Schule, Erleichterung der Wahrnehmung des Berufsausbildungs- oder Arbeitsverhältnisses, gewichtige pädagogische Gründe, besondere soziale Umstände).

#### Begründung (bitte zutreffendes ankreuzen):

Aufgrund der Verkehrsverhältnisse ist die zuständige Schule nur unter besonderen Schwierigkeiten zu erreichen.

Der Besuch der anderen Schule würde die Wahrnehmung des Berufsausbildungs- oder Arbeitsverhältnisses erheblich erleichtern (unbedingt ausführlich begründen!).

Gewichtige pädagogische Gründe (unbedingt ausführlich begründen!).

Besondere soziale Umstände (unbedingt ausführlich begründen!).

Sonstige wichtige Gründe (unbedingt ausführlich begründen!).

Ausführliche Begründung (ggf. bitte gesondertes Blatt beifügen):

**7. Schulweg / Verkehrsverbindungen**

(bitte Nachweise wie z.B. Fahrplanauskunft beifügen)

Der Schulweg wird zurückgelegt mit:

PKW öffentlichen Verkehrsmitteln sonstiges: \_\_\_\_\_

**Antrag**

Hiermit beantrage ich, während meiner Berufsausbildung im vorgenannten Ausbildungsberuf, die unter Punkt Nr. 5 genannte Schule besuchen zu dürfen und bitte dafür um eine Entscheidung des Staatlichen Schulamtes für den Landkreis und die Stadt Kassel gem. § 66 HSchG i. V. m. § 4 VOGSV.

Mir ist bekannt, dass ich bis zu dem Zeitpunkt, zu dem ich die Gestattung erhalte, die zuständige Berufsschule besuchen muss und ein Wechsel an die gewünschte Schule erst erfolgen darf, wenn die Gestattung des Antrags vorliegt.

Mir ist bekannt, dass ich die Zwischen- und/oder Abschlussprüfungen trotz des Besuchs einer anderen als der zuständigen Berufsschule im Bezirk der für meinen Ausbildungsbetrieb zuständigen Kammer ablegen muss, soweit nicht andere Vereinbarungen mit dieser Kammer getroffen wurden.

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift Auszubildende/r\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte/r, falls  
Auszubildende/r bei Antragstellung minderjährig ist\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Stempel\_\_\_\_\_  
Unterschrift Auszubildende/r oder Bevollmächtigte/r  
des Ausbildungsbetriebes